Med. čas. 2026; 60(3): 132-138.
ORIGINALNI NAUČNI ČLANAK
doi: 10.5937/mckg60-65711
COBISS . SR - ID 200060937
UDK. 159.942.5:613.25

PSIHOLOŠKI PREDIKTORI PREJEDANJA: ULOGA KOGNITIVNIH, EMOCIONALNIH I SAMOREGULACIONIH PROCESA

Gorica Vuksanović[1], Nikola Petrović[2]
[1]Univerzitet u Istočnom Sarajevu, Medicinski fakultet Foča, Foča, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina
[2]Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet, Beograd, Srbija

PSYCHOLOGICAL PREDICTORS OF BINGE EATING: THE ROLE OF COGNITIVE, EMOTIONAL, AND SELF-REGULATORY PROCESSES

Gorica Vuksanovic[1], Nikola Petrovic[2]
[1]University of East Sarajevo, Faculty of Medicine Foca, Foca, Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina
[2]University of Belgrade, Faculty of Philosophy, Belgrade, Serbia

SAŽETAK

Cilj. Cilj ovog istraživanja bio je da se ispita povezanost između prejedanja i različitih psiholoških faktora, kao i doprinos tih faktora u objašnjavanju izraženih simptoma prejedanja, s posebnim fokusom na kognitivne, emocionalne i samoregulacione procese.

Metode. Istraživanje je sprovedeno na prigodnom uzorku od 375 ispitanika s problemom prejedanja. Uzorak je činilo 359 žena (95,7%) i 16 muškaraca (4,3%), starosti od 17 do 67 godina (M = 37,60 ± 9,39). Prejedanje je procenjeno pomoću Skale prejedanja (BES). Kao prediktori ispitivani su uverenja o ishrani (EBQ-18), držanje dijete (EDE-Q), negativni afekt (DASS-21), emocionalna disregulacija (DERS-16), frustraciona netolerancija (FDS), samokritičnost (FSCRS), stid i krivica (GASP) i psihološka infleksibilnost (AAQ-II). U analizi su korišćene deskriptivna statistika, Pirsonova korelaciona analiza i višestruka regresiona analiza.

Rezultati. Prejedanje je pokazalo značajnu pozitivnu povezanost sa većinom ispitivanih psiholoških varijabli, pri čemu su najizraženije korelacije zabeležene sa uverenjima o ishrani, emocionalnom disregulacijom, samokritičnošću, negativnim afektom i psihološkom infleksibilnošću. Regresioni model objasnio je 32,6% varijanse prejedanja. Kao značajni prediktori izdvojili su se uverenja o ishrani, držanje dijete, samokritičnost i psihološka infleksibilnost.

Zaključak. Dobijeni rezultati ukazuju na to da kognitivni i samoevaluativni faktori imaju značajnu ulogu u objašnjenju prejedanja, dok emocionalni faktori imaju širi, ali manje specifičan doprinos. Nalazi podržavaju savremene kognitivno-biheviоralne modele prejedanja i ukazuju na značaj intervencija usmerenih na modifikaciju disfunkcionalnih uverenja o hrani, smanjenje samokritičnosti i povećanje psihološke fleksibilnosti.

Ključne reči: *poremećaj kompulzivnog prejedanja; poremećaji hranjenja i ishrane; psihologija; samoprocena.*

ABSTRACT

Objective. The aim of this study was to examine the association between binge eating and various psychological factors, as well as their contribution to explaining the severity of binge eating symptoms, with a particular focus on cognitive, emotional, and self-regulatory processes.

Methods. The study was conducted on a convenience sample of 375 participants with binge eating problems. The sample consisted of 359 women (95.7%) and 16 men (4.3%), aged 17 to 67 years (M = 37.60 ± 9.39). Binge eating was assessed using the Binge Eating Scale (BES). The following predictors were examined: eating beliefs (EBQ-18), dietary restraint (EDE-Q), negative affect (DASS-21), emotional dysregulation (DERS-16), frustration intolerance (FDS), self-criticism (FSCRS), shame and guilt (GASP), and psychological inflexibility (AAQ-II). Descriptive statistics, Pearson correlation analysis, and multiple regression analysis were used for data analysis.

Results. Binge eating showed significant positive associations with most of the examined psychological variables, with the strongest correlations observed for eating beliefs, emotional dysregulation, self-criticism, negative affect, and psychological inflexibility. The regression model explained 32.6% of the variance in binge eating. Eating beliefs, dietary restraint, self-criticism, and psychological inflexibility emerged as significant predictors.

Conclusion. The findings indicate that cognitive and self-evaluative factors play an important role in explaining binge eating, whereas emotional factors appear to have a broader but less specific contribution. The results support contemporary cognitive-behavioral models of binge eating and highlight the importance of interventions aimed at modifying dysfunctional eating beliefs, reducing self-criticism, and increasing psychological flexibility.

Key words: *binge-eating disorder; feeding and eating disorders; psychology; self-assessment.*

UVOD

Poremećaj prejedanja predstavlja jedan od najčešćih poremećaja ishrane u opštoj populaciji i karakterišu ga ponavljane epizode unosa neuobičajeno velike količine hrane, praćene subjektivnim osećajem gubitka kontrole nad jedenjem, bez redovnog prisustva kompenzatornih ponašanja kao što su povraćanje ili prekomerno vežbanje (1, 2). Epidemiološki podaci ukazuju na to da se poremećaj javlja kod oba pola, iako je češći kod žena, s procenjenom prevalencijom od približno 1–3% u opštoj populaciji (3, 4).

Primljen/Received: 15.03.2026.
Prihvaćen/Accepted: 09.04.2026.

Gorica Vuksanović,
Medicinski fakultet Foča,
Univerzitet u Istočnom Sarajevu,
Studentska 5, 73000 Foča, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina,
Tel. +387 65 318 960; E-mail: goricavuksanovic@gmail.com

doi: 10.5937/mckg60-65711
COBISS . SR - ID 200060937
Med. čas. 2026; 60(3): 132-138.
UDK. 159.942.5:613.25

Značaj proučavanja prejedanja proizlazi iz njegove povezanosti s brojnim nepovoljnim zdravstvenim i psihološkim ishodima. Prejedanje je često udruženo sa povišenim indeksom telesne mase, gojaznošću, metaboličkim poremećajima, smanjenim kvalitetom života, kao i depresivnošću, anksioznošću i drugim oblicima emocionalnog distresa (5–7). Zbog svoje učestalosti, kliničke složenosti i komorbiditeta, ono predstavlja važan javnozdravstveni i klinički problem.

Savremena istraživanja ukazuju na to da prejedanje nije samo poremećaj unosa hrane, već složen obrazac ponašanja u čijoj se osnovi nalaze kognitivni, emocionalni i samoevaluativni procesi. Kognitivno-bihevioralni model naglašava ulogu disfunkcionalnih uverenja o hrani, telesnoj težini i samovrednovanju, dok su negativni afekat, teškoće u regulaciji emocija i samokritičnost, dosledno povezani s većim rizikom od pojave epizoda gubitka kontrole nad jelom (8–11). Osim toga, restriktivni obrasci ishrane i držanje dijete često se navode kao važni faktori rizika za prejedanje (12). U novijim istraživanjima pažnja se usmerava i na procesne psihološke faktore, posebno psihološku infleksibilnost i frustracionu netoleranciju, koji mogu doprineti održavanju maladaptivnih obrazaca emocionalnog suočavanja.

Iako su brojna istraživanja ispitivala pojedinačne psihološke korelate prejedanja, manji je broj studija koje istovremeno procenjuju relativni doprinos kognitivnih, emocionalnih i procesnih faktora u objašnjenju izraženosti simptoma. Cilj ovog istraživanja bio je da se ispita povezanost prejedanja s različitim psihološkim varijablama i utvrdi njihov jedinstveni doprinos u objašnjavanju izraženog prejedanja, s posebnim fokusom na uverenja o ishrani, držanje dijete, negativni afekt, emocionalnu disregulaciju, frustracionu netoleranciju, samokritičnost, krivicu, stid i psihološku infleksibilnost.

ISPITANICI I METODE

Istraživanje je sprovedeno na prigodnom uzorku od 375 ispitanika s problemom prejedanja. Uzorak je činilo 359 žena (95,7%) i 16 muškaraca (4,3%). Starost ispitanika kretala se u rasponu 17–67 godina, pri čemu je prosečna starost iznosila 37,60 ± 9,39 godina. Ispitanici su regrutovani među osobama koje su se obraćale nutricionistima zbog poteškoća u regulaciji ishrane. Kriterijum za uključivanje u istraživanje bio je rezultat na Skali prejedanja (Binge Eating Scale – BES) koji ukazuje na umereno ili izraženo prejedanje (skor ≥ 18) (13). Istraživanje je sprovedeno u skladu s principima Helsinške deklaracije i odobrio ga je nadležni etički odbor.

Tehnike i instrumenti istraživanja

Sociodemografski podaci prikupljeni su upitnikom koji je obuhvatao informacije o polu, starosti, nivou obrazovanja, socioekonomskom statusu, telesnoj visini i telesnoj težini.

Prejedanje je procenjeno pomoću Skale prejedanja (Binge Eating Scale – BES) (13), koja sadrži 16 stavki i meri kognitivne, emocionalne i bihevioralne aspekte epizoda prejedanja. Viši skor ukazuje na izraženije simptome prejedanja. U ovom istraživanju skala je pokazala dobru unutrašnju konzistentnost (Cronbach α = 0,81).

Uverenja o ishrani procenjena su pomoću Upitnika uverenja o ishrani (Eating Beliefs Questionnaire – EBQ-18) (14). Instrument sadrži 18 stavki koje procenjuju disfunkcionalna metakognitivna uverenja o ishrani i prejedanju. U ovom istraživanju korišćena je supskala negativnih uverenja o ishrani, a pouzdanost je bila visoka (Cronbach α = 0,92).

Dijetna restrikcija procenjena je pomoću supskale restrikcije iz instrumenta Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) (15). Supskala sadrži pet stavki koje procenjuju namerno ograničavanje unosa hrane. U ovom istraživanju zabeležena je zadovoljavajuća pouzdanost (Cronbach α = 0,83).

Negativni afekt procenjen je pomoću Skale depresije, anksioznosti i stresa (DASS-21) (16), koja sadrži 21 stavku raspoređenu u tri supskale. U analizama je korišćen ukupan skor negativnog afekta. U ovom istraživanju instrument je pokazao visoku pouzdanost (Cronbach α = 0,95).

Emocionalna disregulacija procenjena je pomoću skraćene verzije Skale poteškoća u emocionalnoj regulaciji (DERS-16) (17). Instrument meri različite aspekte poteškoća u regulaciji emocija. U ovom istraživanju zabeležena je vrlo visoka pouzdanost (Cronbach α = 0,97).

Frustraciona netolerancija procenjena je pomoću Skale frustracione netolerancije (Frustration Discomfort Scale – FDS) (18), koja sadrži 28 stavki i procenjuje uverenja o nepodnošljivosti frustracije i neprijatnosti. U ovom istraživanju skala je pokazala visoku pouzdanost (Cronbach α = 0,97).

Samokritičnost je procenjena pomoću Skale samokritičnosti (Forms of Self-Criticising/Attacking and Self-Reassuring Scale – FSCRS) (19). U analizama su korišćene supskale Nedovoljno ja i Prezreno ja kao indikatori samokritičnosti. Pouzdanost supskale Nedovoljno ja iznosila je α = 0,91, dok je za supskalu Prezreno ja iznosila α = 0,55.

Sklonost ka stidu i krivici procenjena je pomoću Skale sklonosti ka stidu i krivici (Guilt and Shame Proneness Scale – GASP) (20). U ovom istraživanju korišćeni su ukupni skorovi za stid i krivicu. Pouzdanost za stid iznosila je α = 0,86, dok je pouzdanost za krivicu bila α = 0,68.

doi: 10.5937/mckg60-65711
COBISS . SR - ID 200060937
Med. čas. 2026; 60(3): 132-138. UDK. 159.942.5:613.25

Tabela 1. Korelaciona matrica varijabli u istraživanju (N = 375).

Varijabla	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. BES	–									
2. EBQ	0,45**	–								
3. SRDP	0,13*	0,04	–							
4. DASS	0,40**	0,35**	0,14**	–						
5. DERS	0,42**	0,41**	0,09	0,61**	–					
6. FDS	0,30**	0,35**	0,00	0,57**	0,54**	–				
7. FSCRS	0,41**	0,30**	0,13*	0,60**	0,71**	0,55**	–			
8. Krivica	0,03	0,02	–0,09	0,15**	0,15**	0,08	0,14**	–		
9. Stid	0,22**	0,20**	0,00	0,33**	0,30**	0,30**	0,33**	0,60**	–	
10. AAQ2	0,39**	0,29**	–0,05	0,60**	0,62**	0,53**	0,67**	0,15**	0,37**	–

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Sve korelacije ≥ 0,10 su statistički značajne na nivou $p < 0,05$; korelacije ≥ 0,13 su značajne na nivou $p < 0,01$. BES = Prejedanje; EBQ = Uverenja o ishrani; SRDP = Držanje dijete; DASS = Negativni afekt; DERS = Emocionalna disregulacija; FDS = Frustraciona netolerancija; FSCRS = Samokritičnost; AAQ2 = Psihološka infleksibilnost

Tabela 2. Rezultati višestruke regresione analize sa prejedanjem kao kriterijumom.

Prediktor	B	SE	β	t	p
Uverenja o ishrani	0,155	0,023	0,317	6,64	< 0,001
Držanje dijete	0,487	0,187	0,114	2,61	0,009
Negativni afekt	0,017	0,016	0,072	1,06	0,289
Emocionalna disregulacija	0,035	0,029	0,087	1,18	0,239
Frustraciona netolerancija	–0,020	0,016	–0,077	–1,31	0,191
Samokritičnost	0,077	0,034	0,147	2,25	0,025
Krivica	–0,049	0,043	–0,063	–1,14	0,254
Stid	0,053	0,045	0,069	1,16	0,247
Psihološka infleksibilnost	0,073	0,035	0,133	2,08	0,039
Konstanta	13,970	4,159	—	3,36	< 0,001

$R^2 = 0,326$, korigovani $R^2 = 0,309$, $F(9, 365) = 19,58$, $p < 0,001$. B = nestandardizovani regresioni koeficijent; SE = standardna greška; β = standardizovani regresioni koeficijent

Psihološka fleksibilnost procenjena je pomoću Upitnika prihvatanja i akcije (Acceptance and Action Questionnaire – AAQ-II) (21), koji sadrži sedam stavki i meri psihološku fleksibilnost odnosno iskustveno izbegavanje. Viši skor ukazuje na veću psihološku infleksibilnost. U ovom istraživanju instrument je pokazao veoma visoku pouzdanost (Cronbach α = 0,96).

Statistička obrada podataka

Statistička obrada podataka izvršena je korišćenjem statističkog paketa SPSS, verzija 22. U analizi su korišćene metode deskriptivne statistike za prikaz osnovnih karakteristika uzorka. Povezanost između numeričkih varijabli ispitana je Pirsonovim koeficijentom korelacije. Sa ciljem ispitivanja doprinosa psiholoških varijabli u objašnjenju prejedanja sprovedena je višestruka hijerarhijska regresiona analiza. Kao kriterijumska varijabla korišćen je ukupan skor na Skali prejedanja (BES), dok su kao prediktorske varijable uključeni uverenja o ishrani, držanje dijete, negativni afekt, emocionalna disregulacija, frustraciona netolerancija, samokritičnost, krivica, stid i psihološka infleksibilnost. Razlike i povezanosti smatrane su statistički značajnim na nivou $p \leq 0,05$.

REZULTATI

Korelaciona analiza

Pre sprovođenja regresione analize, izračunate su Pirsonove korelacije između svih varijabli korišćenih u istraživanju (Tabela 1). Prejedanje je statistički značajno pozitivno povezano sa svim prediktorskim varijablama osim sa krivicom ($r = 0,03$, $p > 0,05$). Najjače korelacije sa prejedanjem pokazuju uverenja o ishrani ($r = 0,45$, $p < 0,01$), emocionalna disregulacija ($r = 0,42$, $p < 0,01$), samokritičnost ($r = 0,41$, $p < 0,01$), negativni afekt ($r = 0,40$, $p < 0,01$) i psihološka infleksibilnost ($r = 0,39$, $p < 0,01$), što ukazuje na snažne bivarijantne odnose između ovih varijabli i prejedanja. Između prediktorskih varijabli takođe postoje statistički značajne interkorelacije, pri čemu su najizraženije one između psihološke infleksibilnosti i samokritičnosti ($r = 0,67$, $p < 0,01$), psihološke infleksibilnosti i emocionalne disregulacije ($r = 0,62$, $p < 0,01$), i psihološke infleksibilnosti i negativnog afekta ($r = 0,60$, $p < 0,01$), što sugeriše postojanje multikolinearnosti između određenih prediktora.

doi: 10.5937/mckg60-65711
COBISS . SR - ID 200060937
UDK. 159.942.5:613.25

Rezultati hijerarhijske regresione analize

U cilju ispitivanja doprinosa psiholoških varijabli u objašnjenju prejedanja, sprovedena je hijerarhijska višestruka regresiona analiza. Kao kriterijumska varijabla korišćen je ukupan skor na BES upitniku (prejedanje), dok su kao prediktorske varijable uključene: uverenja o ishrani, držanje dijete, negativni afekt, emocionalna disregulacija, frustraciona netolerancija, samokritičnost, krivica, stid i psihološka infleksibilnost.

Rezultati višestruke regresione analize prikazani su u Tabeli 2. Model je statistički značajan, $F(9, 365) = 19,58$, $p < 0,001$, i objašnjava 32,6% varijanse prejedanja ($R^2 = 0,0326$, korigovani $R^2 = 0,309$). Kao statistički značajni prediktori, pozitivnog smera i niskog do umerenog intenziteta, izdvajaju se uverenja o ishrani ($\beta = 0,32$, $p < 0,001$), držanje dijete ($\beta = 0,11$, $p < 0,01$), samokritičnost ($\beta = 0,15$, $p < 0,05$) i psihološka infleksibilnost ($\beta = 0,13$, $p < 0,05$). Negativni afekt, emocionalna disregulacija, frustraciona netolerancija, krivica i stid nisu se pokazali kao statistički značajni jedinstveni prediktori prejedanja kada se kontroliše doprinos ostalih varijabli u modelu. Najjači jedinstveni prediktor prejedanja su uverenja o ishrani, što ukazuje na to da su disfunkcionalna kognitivna uverenja o hrani i prejedanju ključni faktor u objašnjenju ponašanja prejedanja.

DISKUSIJA

Cilj ovog istraživanja bio je da se ispita povezanost između prejedanja i relevantnih psiholoških varijabli, kao i njihov jedinstveni doprinos u objašnjavanju izraženih simptoma prejedanja. Dobijeni rezultati ukazuju na to da je prejedanje povezano s različitim kognitivnim, emocionalnim i samoregulacionim faktorima, pri čemu regresioni model objašnjava 32,6% varijanse prejedanja. Ovakav nalaz je u skladu sa savremenim teorijskim modelima, koji prejedanje posmatraju kao složen i multifaktorijalan fenomen u čijoj osnovi stoji međudejstvo kognitivnih, emocionalnih i bihevioralnih procesa (8, 22, 23).

Rezultati korelacione analize pokazali su da je prejedanje statistički značajno povezano s gotovo svim ispitivanim psihološkim varijablama, izuzev s krivicom. Najizraženije povezanosti ostvaruju uverenja o ishrani, emocionalna disregulacija, samokritičnost, negativni afekt i psihološka infleksibilnost. Ovakav obrazac nalaza u skladu je s teorijskim modelima poremećaja ishrane koji naglašavaju da se epizode prejedanja često javljaju u kontekstu negativnih emocija i disfunkcionalnih obrazaca mišljenja (10, 24). Brojna istraživanja potvrđuju da negativni afekt i teškoće u regulaciji emocija predstavljaju važan kontekst u kojem se javlja gubitak kontrole nad jedenjem (25, 26), dok metaanalitički nalazi dodatno ukazuju na to da su negativne emocije jedan od najdoslednijih prediktora epizoda prejedanja (27, 28).

Jedan od najvažnijih nalaza ovog istraživanja odnosi se na uverenja o ishrani, koja su ostvarila najjaču povezanost s prejedanjem i zadržala najveći jedinstveni doprinos u regresionom modelu. Ovaj rezultat potvrđuje centralnu ulogu kognitivnih faktora u razumevanju prejedanja. Prema kognitivno-bihevioralnom modelu poremećaja ishrane, rigidna pravila o ishrani, dihotomno razmišljanje o hrani i precenjena važnost kontrole telesne težine predstavljaju ključne mehanizme koji održavaju simptome (8, 9). Empirijska istraživanja dodatno potvrđuju ovu pretpostavku. Barton i saradnici pokazali su da su disfunkcionalna uverenja o ishrani značajno povezana s prejedanjem i emocionalnim distresom (29), dok Barton i Abot u validaciji EBQ-18 nalaze umerene do jake povezanosti između uverenja o ishrani i gubitka kontrole nad jedenjem (14). Takođe, pokazano je da disfunkcionalna uverenja o hrani mogu doprineti održavanju ciklusa restrikcije, emocionalnog distresa i epizoda prejedanja (30).

Držanje dijete takođe se izdvojilo kao statistički značajan prediktor prejedanja, iako sa slabijim efektom. Ovaj nalaz podržava restriktivnu teoriju ishrane prema kojoj pokušaji ograničavanja unosa hrane mogu povećati verovatnoću epizoda prejedanja, naročito kada dođe do odstupanja od rigidno postavljenih pravila (12, 31). Ranija istraživanja pokazuju da dijetetska restrikcija može dovesti do ciklusa restrikcije i gubitka kontrole nad jedenjem (32, 33), dok longitudinalne studije pokazuju da restriktivno dijetetsko ponašanje može da bude prediktor porasta prejedanja tokom vremena (22, 34). O sličnim nalazima izveštavaju i Mason i saradnici, koji su pokazali da su negativni afekt i restrikcija značajno povezani s prejedanjem i da često ostaju značajni prediktori u regresionim modelima (35).

Samokritičnost se u ovom istraživanju takođe pokazala kao značajan prediktor prejedanja. Ovaj nalaz podržava shvatanje da negativna samoevaluacija i sklonost ka samokritičnom procenjivanju sopstvenog ponašanja mogu predstavljati važan psihološki faktor povezan sa poremećajima ishrane. Dankli i Grilo su pokazali da je samokritičnost značajno povezana s poremećajima prejedanja čak i kada se kontrolišu depresivnost i nezadovoljstvo telesnim izgledom (36). Metaanalitički pregledi takođe potvrđuju stabilnu povezanost samokritičnosti s poremećajima ishrane (37, 38), dok novija istraživanja dodatno potvrđuju da viši nivoi samokritičnosti predviđaju izraženije prejedanje (38). Osim toga, izražena samokritičnost može doprineti intenzivnijem doživljaju stresa i negativnih emocija, što povećava verovatnoću korišćenja hrane kao načina regulacije afekta (11).

Psihološka infleksibilnost takođe se pokazala kao značajan prediktor prejedanja. Ovaj nalaz je u skladu s pretpostavkama terapije prihvatanja i posvećenosti prema

doi: 10.5937/mckg60-65711
COBISS . SR - ID 200060937
UDK. 159.942.5:613.25

kojima iskustveno izbegavanje i rigidno reagovanje na neprijatna unutrašnja iskustva doprinose održavanju maladaptivnih oblika ponašanja (21, 39). Empirijska istraživanja pokazuju da je psihološka infleksibilnost povezana sa emocionalnim jedenjem i prejedanjem (40, 41). Takođe, pokazano je da su psihološka infleksibilnost i samokritičnost povezane sa izraženijim prejedanjem, naročito kada se infleksibilnost odnosi na domene slike tela i ishrane (42).

Nasuprot tome, negativni afekt i emocionalna disregulacija nisu zadržali statistički značajan doprinos u regresionom modelu, iako su bili značajno povezani s prejedanjem na bivarijantnom nivou. Ovakav nalaz može se objasniti preklapanjem varijanse između emocionalnih i kognitivnih faktora. Istraživanja pokazuju da negativne emocije i teškoće u regulaciji emocija predstavljaju važan kontekst u kojem se javlja prejedanje, ali da njihov efekat često slabi kada se u model uključe specifičniji kognitivni procesi (28, 43). Metaanalitički nalazi takođe potvrđuju stabilnu povezanost emocionalne disregulacije s prejedanjem (44), što je u skladu s nalazima ovog istraživanja na bivarijantnom nivou.

Frustraciona netolerancija, stid i krivica nisu pokazali značajan jedinstveni doprinos u objašnjenju prejedanja. Moguće je da ove varijable predstavljaju šire emocionalne dispozicije koje povećavaju opštu vulnerabilnost za psihološki distres, ali ne objašnjavaju specifično ponašanje prejedanja kada se u model uključe bliži kognitivni i samoevaluativni faktori (18, 45). Metaanalitički nalazi takođe ukazuju na to da niža tolerancija na distres može biti povezana s problematičnim obrascima ponašanja, uključujući poremećaje ishrane (46). Kada je reč o emocijama samosvesti, istraživanja pokazuju da je stid snažnije povezan s poremećajima ishrane nego krivica, naročito kada je u vezi sa telesnim izgledom ili jedenjem (47). Slično tome, Botera i saradnici su pokazali da je stid, a ne krivica, specifičnije povezan s prejedanjem i nagonom za prejedanjem (48).

U celini posmatrano, rezultati ovog istraživanja podržavaju integrisani kognitivno-emocionalni model prejedanja. Nalazi ukazuju na to da najveći značaj imaju disfunkcionalna uverenja o ishrani, samokritičnost, psihološka infleksibilnost i držanje dijete, dok emocionalni faktori imaju širu, ali manje specifičnu ulogu u objašnjenju prejedanja. Ovi rezultati sugerišu da intervencije usmerene na modifikaciju rigidnih uverenja o hrani, smanjenje samokritičnosti i povećanje psihološke fleksibilnosti mogu imati važnu ulogu u prevenciji i tretmanu problema prejedanja.

Ipak, dobijene rezultate treba tumačiti u svetlu određenih ograničenja. Istraživanje je sprovedeno na prigodnom uzorku, što može umanjiti mogućnost generalizacije nalaza na širu populaciju osoba s problemom prejedanja. Takođe, svi instrumenti zasnovani su na samoproceni ispitanika, pa odgovori mogu biti pod uticajem subjektivnih procena, trenutnog emocionalnog stanja i socijalno poželjnog odgovaranja. Dodatno, transverzalni karakter istraživanja ne dozvoljava izvođenje kauzalnih zaključaka, već samo ukazuje na povezanost među varijablama. Upravo zbog toga buduća istraživanja trebalo bi da uključe veće i heterogenije uzorke, longitudinalni dizajn i kombinovanje samoprocenskih mera s kliničkim intervjuima ili drugim objektivnijim indikatorima. Korisno bi bilo i uključivanje dodatnih faktora, kao što su interpersonalni odnosi, porodična dinamika, traumatska iskustva i neurobiološki pokazatelji, da bi se dobila potpunija slika mehanizama koji doprinose prejedanju. Uprkos navedenim ograničenjima, ovo istraživanje daje značajan doprinos razumevanju psiholoških determinanti prejedanja i pruža osnovu za buduća empirijska i klinička ispitivanja u ovoj oblasti.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing, 2013.
2. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, et al. Binge eating disorder: a multisite field trial of diagnostic criteria. Int J Eat Disord 1992; 11: 191–203.
3. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry 2007; 61: 348–58.
4. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the WHO World Mental Health Surveys. Biol Psychiatry 2013; 73: 904–14.
5. Javaras KN, Pope HG Jr, Lalonde JK, et al. Co-occurrence of binge eating disorder with psychiatric and medical disorders. J Clin Psychiatry 2008; 69: 266–73.
6. Mitchison D, Hay P, Slewa-Younan S, Mond J. Time trends in population prevalence of eating disorder behaviors. Int J Eat Disord 2014; 47: 775–82.
7. Udo T, Grilo CM. Psychiatric and medical correlates of binge eating disorder. Int J Eat Disord 2019; 52: 42–50.
8. Fairburn CG. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press, 2008.
9. Cooper Z, Wells A, Todd G. A cognitive model of bulimia nervosa. Br J Clin Psychol 2004; 43: 1–16.
10. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. Psychol Bull 1991; 110: 86–108.

doi: 10.5937/mckg60-65711
COBISS . SR - ID 200060937
UDK. 159.942.5:613.25

11. Duarte C, Pinto-Gouveia J, Ferreira C. Expanding binge eating assessment: validity and reliability of the Binge Eating Scale in clinical and nonclinical samples. Eat Behav 2015; 18: 41–5.
12. Polivy J, Herman CP. Dieting and binge eating: a causal analysis. Am Psychol 1985; 40: 193–201.
13. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. Addict Behav 1982; 7: 47–55.
14. Burton AL, Abbott MJ. The revised Eating Beliefs Questionnaire: development and psychometric properties of the EBQ-18. Eat Behav 2018; 29: 69–74.
15. Fairburn CG, Beglin SJ. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In: Fairburn CG, ed. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press, 2008: 309–13.
16. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation, 1995.
17. Bjureberg J, Ljótsson B, Tull MT, et al. Development and validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: the DERS-16. J Psychopathol Behav Assess 2016; 38: 284–96.
18. Harrington N. The frustration discomfort scale: development and psychometric properties. Clin Psychol Psychother 2005; 12: 374–87.
19. Gilbert P, Clarke M, Hempel S, et al. Criticizing and reassuring oneself: an exploration of forms, styles and reasons in female students. Br J Clin Psychol 2004; 43: 31–50.
20. Cohen TR, Wolf ST, Panter AT, Insko CA. Introducing the Guilt and Shame Proneness Scale (GASP). J Pers Soc Psychol 2011; 100: 947–66.
21. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II. Behav Ther 2011; 42: 676–88.
22. Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs. Psychol Bull 2008; 134: 406–31.
23. Dakanalis A, Carrà G, Calogero R, et al. The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body feelings and eating disorder symptoms. Eat Behav 2015; 17: 83–90.
24. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a transdiagnostic theory and treatment. Behav Res Ther 2003; 41: 509–28.
25. Macht M. How emotions affect eating: a five-way model. Appetite 2008; 50: 1–11.
26. Haedt-Matt AA, Keel PK. Revisiting the affect regulation model of binge eating: a meta-analysis. Psychol Bull 2011; 137: 660–81.
27. Stice E, Marti CN, Durant S. Risk factors for onset of eating disorders. J Abnorm Psychol 2011; 120: 83–96.
28. Lavender JM, Wonderlich SA, Engel SG, et al. Dimensions of emotion dysregulation in binge eating disorder. Eur Eat Disord Rev 2015; 23: 395–402.
29. Burton AL, Abbott MJ, Modini M, Touyz S. Psychometric properties of the Eating Beliefs Questionnaire in a clinical sample. Eat Behav 2017; 24: 29–35.
30. Dakanalis A, Clerici M, Bartoli F, et al. Risk and maintenance factors for eating disorders: a meta-analytic review. Clin Psychol Rev 2016; 46: 1–12.
31. Herman CP, Polivy J. Restrained eating. In: Stunkard A, ed. Obesity. Philadelphia: Saunders, 1980: 208–25.
32. Blomquist KK, Grilo CM. Predictive significance of dietary restraint in binge eating disorder. Behav Res Ther 2011; 49: 98–102.
33. Lowe MR, Kral TV. Stress-induced eating in restrained eaters may not be caused by stress or restraint. Appetite 2006; 46: 16–21.
34. Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors for binge eating. J Abnorm Psychol 2002; 111: 124–35.
35. Mason TB, Smith KE, Engwall A, et al. Associations between negative affect, dietary restraint, and binge eating. Eat Behav 2017; 24: 1–5.
36. Dunkley DM, Grilo CM. Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and overeating among binge eaters. Behav Res Ther 2007; 45: 139–49.
37. Zelkowitz RL, Cole DA. Self-criticism as a transdiagnostic risk factor for psychopathology. Clin Psychol Rev 2018; 60: 1–15.
38. Paranjothy S, Wade TD. Self-criticism and eating disorder pathology: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2024; 102: 102264.
39. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, et al. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther 2006; 44: 1–25.
40. Masuda A, Stephens JP. Psychological flexibility, self-compassion, and emotional eating. Mindfulness 2013; 4: 157–67.
41. Wooldridge JS, Herbert MS, Dochat C, Afari N. Psychological inflexibility and binge eating. Eat Behav 2021; 41: 101507.
42. Lucena-Santos P, Pinto-Gouveia J, Oliveira MS, Carvalho SA. The role of psychological inflexibility in eating disorder psychopathology. Eat Behav 2017; 26: 39–45.

doi: 10.5937/mckg60-65711
COBISS . SR - ID 200060937
UDK. 159.942.5:613.25

43. Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, et al. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity. Psychiatry Res 2015; 226: 30–8.
44. Zhou R, Zhang L, Liu Z, Cao B. Emotion regulation difficulties and disordered eating: a meta-analysis. J Eat Disord 2025; 13: 25.
45. Cañas J, Quesada JF, Antolí A, Fajardo I. Cognitive flexibility and frustration tolerance. Psicothema 2009; 21: 402–7.
46. Mattingley SM, Youssef GJ, Manning V, et al. Distress tolerance across disorders: a meta-analysis. J Affect Disord 2022; 300: 492–504.
47. Nechita DM, Bud S, David D. Shame and eating disorders: a systematic review. J Evid Based Psychother 2021; 21: 61–81.
48. Bottera AR, Kambanis PE, DeYoung KP, Anderson DA. Emotion regulation and eating pathology: the role of shame and guilt. Eat Behav 2020; 36: 101347.