

# Zespół gwałtownego objadania się - stan wiedzy

Binge eating disorder – the status of knowledge

Joanna Banach, Jolanta Szymańska<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

## Streszczenie

Pomimo tego, że w ostatnich 30 latach zespół gwałtownego objadania się zyskał sporo uwagi w środowisku medycznym, wciąż jest pewną zagadką i wyzwaniem dla klinicystów. Zespół ten charakteryzuje się występowaniem epizodów napadowego objadania się, podczas których osoba traci kontrolę nad procesem jedzenia. Po takich epizodach nie występują objawy kompensacyjne, służące pozbyciu się przyjętego pokarmu. Zespół jest poważnym zaburzeniem, mogącym wpływać negatywnie na zdrowie somatyczne oraz na funkcjonowanie psychospołeczne. Może wiązać się z nadwagą i otyłością, zaburzeniami nastroju i zaburzeniami lękowymi oraz uzależnieniami. Współwystępuje również z zaburzeniami osobowości. Jest powszechny w populacji ogólnej (co najmniej 3%), a jeszcze częściej występuje u osób mających problemy z nadwagą (od 7% do 12%). Istnieje kilka teorii i prób wyjaśnienia przyczyn i czynników ryzyka tego zespołu, jednak jego etiologia pozostaje wciąż niejasna.

*Słowa kluczowe:* zaburzenia odżywiania, zespół gwałtownego objadania się, terapia poznawczo-behawioralna

## Abstract

Despite the fact that in the last 30 years binge eating disorder (BED) has gained quite a lot of attention within medical field, it is still a sort of perplexity and a challenge to clinicians. BED is characterized by binge eating episodes during which the control of the eating process is lost. After the episode we do not observe behavior compensatory to binge eating, which purpose is to dispose of the eaten food. BED is a serious disorder that can negatively influence physical health and psychosocial performance. It can be associated with overweight and obesity, affective and anxiety disorders. It also correlates with personality disorders. It is common in general population (at least 3%) and even more common within overweight population (7% to 12%). There is few theories that try to explain causes and risk factors of BED, but its' etiology still remains elusive.

*Key words:* eating disorders, binge eating disorder, cognitive-behavioral therapy

## Wstęp

Badania dowodzą, że zespół gwałtownego objadania się może powodować upośledzenie zdrowia somatycznego, a także wpływać negatywnie na funkcjonowanie psychospołeczne. Dlatego też jest bardzo ważne by zyskiwał coraz więcej uwagi ze strony profesjonalistów, jak i osób odpowiedzialnych za politykę zdrowotną.

## Definicja i klasyfikacja BED

W czwartej edycji klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) wyróżnia się trzy podstawowe grupy zaburzeń odżywiania: jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa – 307.1), żarłoczność psychiczną (bulimia nervosa – 307.51) oraz nieokreślone zaburzenia odżywiania (EDNOS – Eating Disorders Not Otherwise Specified). Do trzeciej grupy zalicza się przede wszystkim zespół gwałtownego objadania się (Binge Eating Disorder, BED – 307.50) [1]. BED to zaburzenie, którego cechą charakterystyczną jest napadowe objadanie się, występujące z różną częstotliwością – od kilku epizodów w ciągu miesiąca do

kilku w ciągu jednego dnia. Podczas napadów osoba traci kontrolę nad liczbą i jakością spożywanych produktów, oraz tempem ich spożywania. Celem jedzenia przestaje być przyjemność smakowa czy zaspokojenie głodu, a staje się nim rozładowanie napięcia. Po napadzie nie występują zachowania kompensacyjne, które służą pozbyciu się przyjętego pokarmu i utrzymaniu wagi, jak ma to miejsce w bulimii.

## Kryteria diagnostyczne

Obecne kryteria diagnostyczne BED są następujące [2]:

A. Powtarzające się epizody żarłoczności, które charakteryzują się m. in.:

1. Zjadaniem w pewnej jednostce czasowej (np. 2 godzin) większej ilości pożywienia niż większość osób, w tym samym czasie i w tych samych okolicznościach, byłaby by w stanie spożyć.
2. Poczuciem braku kontroli w trakcie epizodu objadania się (np. poczucie, że osoba nie może przestać jeść, lub nie ma kontroli nad tym co, i w jakich ilościach zjada).

B. Epizody żarłoczności łączą się z co najmniej trzema zachowaniami, świadczącymi o utracie kontroli:

1. Jedzenie znacznie szybsze niż zwykle.
  2. Jedzenie aż do nieprzyjemnego uczucia pełności.
  3. Zjadanie dużej ilości pokarmów pomimo braku uczucia głodu fizycznego.
  4. Jedzenie w samotności wynikające z poczucia wstydu za sposób jedzenia.
  5. Uczucie wstrętu do siebie, przygnębienia lub poczucia wina z powodu objadania się.
- C. Odczuwany jest wyraźny dyskomfort w związku z epizodami żarłoczności.
- D. Epizody występują przynajmniej 2 razy w tygodniu przez okres 6 miesięcy.

### BED jako odrębna jednostka w klasyfikacji DSM

Obecnie trwają prace nad kolejną, piątą edycją klasyfikacji DSM, której ukazanie się jest planowane na 2013 rok. Proponowana jest zmiana kryterium częstości występowania epizodów żarłoczności – w nowej formule rozpoznanie następuje po stwierdzeniu występowania co najmniej jednego epizodu objadania się w tygodniu przez okres 3 miesięcy. W DSM-5 BED prawdopodobnie zostanie wyodrębniony jako samodzielne zaburzenie [3]. Autorzy klasyfikacji tłumaczą swoją decyzję tym, że BED różni się pod wieloma względami zarówno od innych zaburzeń odżywiania jak i od otyłości: zwiększony jest odsetek zachorowań wśród mężczyzn, osoby z tym zaburzeniem są starsze, wiek wystąpienia późniejszy. BED cechuje się też mniejszą stabilnością diagnostyczną i większym prawdopodobieństwem remisji. Od otyłości odróżnia BED: większy niepokój dotyczący wagi i kształtu ciała, większe zaburzenia w sferze osobowości, zwiększone prawdopodobieństwo współwystępujących zaburzeń psychicznych, gorsze poczucie jakości życia, lepsza odpowiedź na specjalistyczne leczenie, w odróżnieniu od ogólnego leczenia behawioralnego, nastawionego na zmniejszenie masy ciała [4]. Różnice te podkreślają konieczność patrzenia na BED jako na zjawisko odrębne od problemu otyłości, choć często z nim związane. Takie spojrzenie powinno mieć swoje odzwierciedlenie, zarówno w tworzonych programach profilaktycznych, jak i w podejmowanych próbach leczenia.

### Epidemiologia

Istnieje niewiele badań dotyczących powszechności występowania BED w populacji ogólnej. Jednym z nich jest badanie Grucza i wsp. [5], z którego wynika, że aż 6,6% osób badanych (N=910) spełnia kryteria BED. Zaburzenie to jest rozpowszechnione w podobnym stopniu wśród mężczyzn i kobiet (odpowiednio 6,8% i 6,4%). Brak różnic między płciowymi w powszechności jego występowania, wyraźnie odróżnia BED od innych zaburzeń odżywiania, których ofiarami częściej są kobiety. W tym samym badaniu prawie 70% osób z BED miało BMI większe niż 30, a prawie 20% większe niż 40 [5]. Według innych autorów BED występuje u 3% populacji

ogólnej, a wśród osób otyłych kryteria BED spełnia od 7% do 12% osób badanych [6,7]. Pomimo takich rozbieżności w wynikach badań i niepewności co do powszechności występowania tego zaburzenia, dostępne dowody sugerują, że BED może być najczęściej występującym zaburzeniem odżywiania w populacji ogólnej.

Silny związek BED z otyłością, wykazywany w niektórych badaniach, sugeruje, że lepsze zrozumienie tego zaburzenia może przynieść znaczącą korzyść w sferze zdrowia publicznego i pomóc w walce z problemem otyłości. Z drugiej strony istnieją doniesienia, że wiele osób z BED, nie jest otyłych, połowa z nich nie ma nawet nadwagi [8], co przeczyłoby stereotypowemu spostrzeganiu tego zaburzenia.

W związku z powyższymi kontrowersjami istnieje potrzeba projektowania nowych badań w celu lepszego zrozumienia zarówno BED jako zaburzenia, jak i jego związku z otyłością, co w przyszłości przyczyni się do tworzenia lepszych programów profilaktycznych i terapeutycznych.

### Etiologia

Niestety niewystarczająca wiedza na temat BED nie pozwala na stworzenie jednolitego modelu wyjaśniającego powstawanie tego zaburzenia. Dodatkowo większość danych dotyczących patogenetyki pochodzi z badań nad zaburzeniami odżywiania w ogóle lub nad BED i bulimią łącznie, a nie wyłącznie nad BED.

Członkowie rodzin osób z zaburzeniami odżywiania są 10-krotnie bardziej narażeni na wystąpienie BED niż członkowie rodzin osób z grupy kontrolnej [9]. Badania nad bliźniętami wykazały, że 57% wariancji w BED jest wyjaśnianej czynnikami genetycznymi [10]. Wśród biologicznych przyczyn BED wymienia się uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego i zaburzenia neurochemiczne [11].

Wśród potencjalnych środowiskowych czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania wymienia się: negatywne doświadczenia w dzieciństwie, takie jak przemoc, wykorzystywanie seksualne, dysfunkcyjne rodzicielstwo, krytyczne uwagi na temat ciała i jedzenia od członków rodziny i innych osób ważnych, otyłość rodziców oraz otyłość w dzieciństwie [12,13]. Badania dowodzą, że zwłaszcza wśród mężczyzn wysoki poziom niepokoju dotyczącego własnej wagi i negatywne komentarze na jej temat ze strony ojców są predyktorami epizodów żarłoczności [14].

BED koreluje również z występowaniem w przeszłości zaburzeń nastroju (tzw. MOOD) lub nadużywaniem substancji psychoaktywnych (SUD) [15].

Innym potencjalnym czynnikiem ryzyka jest zwiększony poziom postrzeganego stresu, który może wyzwać epizody żarłoczności i w konsekwencji BED [16].

### Psychologiczne korelaty BED

Zespół gwałtownego objadania się współwystępuje z szeregiem objawów psychopatologicznych. W badaniach

Grucza i wsp.[5] ujawniono znaczące zależności między BED a: depresją, uogólnionym zaburzeniem lękowym, napadami paniki, próbami samobójczymi, uzależnieniem od nikotyny oraz z nadużywaniem alkoholu. BED wiąże się również z mniejszym poczuciem jakości życia. Ujawniono istotne różnice w zakresie wszystkich wyżej wymienionych zmiennych między osobami z BED a osobami otyłymi bez BED i osobami zdrowymi [5]. W innych badaniach stwierdzono związek BED z zaburzeniami osobowości, głównie z osobowością unikającą, obsesyjno-kompulsywną oraz chwytliwą emocjonalnie [17].

Badania przeprowadzone przez Davis i wsp. [18] nie potwierdziły różnic między osobami z BED a otyłymi w większości aspektów. Obie grupy są - bardziej niż osoby zdrowe - wrażliwe na nagrody, cechują się większym niepokojem, impulsywnością i cechami osobowości zależnej.

Osoby z BED cechuje również wysoki samokrytycyzm, niska samoocena oraz nadmierna koncentracja na wyglądzie i wadze ciała [19].

Prawdopodobnie uzasadnionym jest przypuszczenie, że osoby z BED mogą mieć podobne deficyty. Jest to na pewno ciekawy kierunek w badaniu tego zaburzenia.

## Leczenie

W farmakoterapii BED stosowane są SSRI, leki trójpierścieniowe, przeciwpadaczkowe (topiramata) czy hamujące ośrodek sytości (subutramina) [20,21].

W psychoterapii osób z BED wykorzystywane jest głównie podejście poznawczo-behawioralne, a także terapia systemowa, interpersonalna, terapia oparta na dialogu, psychoedukacja. Efektywność terapii w procesie leczenia pacjentów z BED oceniana jest jako umiarkowana [22].

W wydanym w 2004 roku w Wielkiej Brytanii przewodniku NICE (National Institute for Clinical Excellence) terapia poznawczo-behawioralna oceniona została jako dobrze udowodniona w badaniach i skuteczna dla pacjentów z BED [23]. Terapia interpersonalna i strategie samopomocowe oparte na założeniach terapii poznawczo-behawioralnej okazują się być skuteczne w eliminowaniu żarłoczności, ale nie pomagają uzyskać znaczącej utraty masy ciała na dłuższy czas [24,25].

Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu BED polega głównie na uczeniu się rozpoznawania bodźca wyzwalającego napad objadania się i następującej sekwencji zachowań, zmianie przekonań dotyczących siebie, swojej masy ciała i jedzenia oraz na wypracowaniu alternatywnych (dla objadania się) zachowań [26].

Ciekawą i obiecującą wydaje się być całkiem nowa koncepcja terapii Mindfulness - Based Eating Awareness Training (MB-EAT). Jest to interwencja grupowa, która została stworzona specjalnie dla celów leczenia BED. MB-EAT polega między innymi na treningu medytacji i kontrolowaniu odpowiedzi na różne stany emocjonalne, nauce

dokonywania świadomych wyborów żywieniowych, rozwijaniu świadomości głodu i sytości oraz wzmacnianiu pozytywnej samooceny. Nieliczne jak dotąd badania dostarczają dowodów na skuteczność takiego treningu [27].

## Podsumowanie

Zespół gwałtownego objadania się rozwija się niezależnie od masy ciała, jednak często współwystępuje z otyłością, będąc jej bezpośrednią przyczyną lub towarzysząc jej jako niezależny problem. BED może powodować znaczące upośledzenie zdrowia somatycznego, a w następstwie prowadzić do śmierci, podobnie jak anoreksja i bulimia psychiczna.

Oprócz problemów somatycznych zespołowi temu towarzyszą liczne problemy natury psychicznej m.in. zaburzenia lękowe łącznie z napadami paniki, zaburzenia nastroju, w tym depresja, zaburzenia osobowości, nadużywanie alkoholu.

Choć różne badania epidemiologiczne dają często bardzo różniące się wyniki (od 3% do 6,6% w populacji ogólnej), liczba osób cierpiąca na zaburzenia odżywiania, w tym na BED, jest znacząca, co czyni te zaburzenia bardzo dużym problemem społecznym i ekonomicznym. W społeczeństwie i wśród personelu medycznego wiedza o BED jest niewielka, ciągle pokutuje przekonanie, że BED jest tożsame z problemem otyłości. Skutkiem takiego myślenia może być, to, że osoby cierpiące z powodu objawów tego zespołu, nie poszukują pomocy, albo poszukują jej dopiero wtedy, gdy znacznie przybiorą na wadze. Oprócz terapii osób z rozpoznaniem BED, należałoby więc skupić się również na profilaktyce i edukacji zdrowotnej.

## Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR, Wyd. 1; Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2008.
2. Brody M.L., Walsh B.T., Devlin M.J. Binge eating disorder: Reliability and validity of a new diagnostic category. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1994; 62: 381-386.
3. American Psychiatric Association DSM 5 Development <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/FeedingandEatingDisorders.aspx> (odczyt z dn. 29.05.2011)
4. Wonderlich S.A., Gordon K.H., Mitchell J.E., Crosby R.D., Engel S.C. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int. J. Eat. Disord.*, 2009; 42: 687-705.
5. Grucza R.A., Przybeck T.R., Cloninger C.R. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comp. Psychiatr.*, 2007; 48: 124-131.
6. Hudson J.I., Hiripi E., Pope Jr H.G., Kessler R.C. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol. Psychiatry*, 2007; 61: 348-358.
7. Ricca V., Mannucci E., Moretti S., et al. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comp. Psychiatry*, 2000; 41:111-115.
8. Didie E.R., Fitzgibbon M. Binge eating and psychological distress: Is the degree of obesity a factor? *Eating Behaviors*, 2005; 6: 35-41.
9. Javaras K.N., Laird N.M., Reichborn-Kjennerud T., Bulik C.M., Pope H.G. Jr, Hudson J.I. Familiality and heritability of binge eat-

- ing disorder: results of a case-control family study and a twin study. *Int. J. Eat. Disord.*, 2008; 41: 174-179.
10. Bulik C.M., Tozzi F. Genetics in eating disorders: state of the science. *CNS Spectr.*, 2004; 9: 511-515.
  11. Striegel-Moore R.H., Dohm F.A., Kraemer H.C., et al. Risk factors for binge-eating disorders: an exploratory study. *Int. J. Eat. Disord.*, 2007; 40: 481-487.
  12. Grilo C.M., Masheb R.M. Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: Frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obes. Res.*, 2001; 9: 320-325.
  13. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol. Bull.*, 2002; 128: 825-848.
  14. Field A.E., et al. Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 2008; 162(6): 574-579.
  15. Mitchell J.E., Mussell M.P. Comorbidity and binge eating disorder. *Addict. Behav.*, 1996; 20: 725-732.
  16. Striegel-Moore R.H., et al. Risk factors for binge-eating disorders: An exploratory study. *Int. J. Eat. Disord.*, 2007; 40: 481-487.
  17. Nuñez-Navarro A., et al. Differentiating purging and nonpurging bulimia nervosa and binge eating disorder. *Int. J. Eat. Disord.*, 2010; 24 Sept: DOI:10.1002/eat.20823.
  18. Davis C. Personality and eating behaviors: A case-control study of binge eating disorder. *Int. J. Eat. Disord.*, 2008; 41: 243-250.
  19. Dunkley D.M., Grilo C.M. Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behav. Res. Ther.*, 2007; 45:139-149.
  20. Appolinario C., Bacaltchuk J., Sichieri R., et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of sibutramine in the treatment of binge eating disorder. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 2003; 60: 1109-1116.
  21. McElroy S.L., Hudson J.I., Capece J.A., et al. Topiramate for the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a placebo-controlled study. *Biol. Psychiatr.*, 2007; 61: 1039-1048.
  22. Fairburn C., Harrison P.J. Eating disorders. *Lancet*, 2003; 361: 407-416.
  23. Dale-Grave R. Eating disorders: progresses and challenges. *Eur. J. Intern. Med.*, 2011; 22: 153-160.
  24. Brownley K.A., Berkman N.D., Sedway J.A., Lohr K.N., Bulik C.M. Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int. J. Eat. Disord.* 2007; 40 :337-348.
  25. Wilson G.T., et al. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2010; 67:94-101.
  26. Munsch S., Biedert E., Meyer A., et al. A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *Int. J. Eat. Disord.*, 2007; 40: 102-113.
  27. Kristeller J.L., Woleverb R.Q. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The Conceptual Foundation. *Eat. Disord.*, 2011; 19: 49-61.

#### Correspondence address

Correspondence address  
Joanna Banach  
ul. Rymwida 4/37, 20- 607 Lublin  
tel: 0-502- 166- 434  
e-mail: jbanach1984@gmail.com