

## ATYPOWE POSTACIE ZABURZEŃ ODŻYWIANIA SIĘ

W przypadku postaci atypowych i napadów objadania się zalecenia są podobne jak w przypadku JP i BP (samopomoc, edukacja pacjenta i rodziny, CBT). U osób z napadami objadania się konieczna jest informacja, że psychologiczne leczenie ma niewielki wpływ na masę ciała i konieczna jest kontrola odżywiania się i otyłości. Podkreśla się możliwość skuteczności u niektórych pacjentów z BP oraz z napadami objadania się (*binge-eating disorders*) strategii samokontroli, opisanych w profesjonalnie przygotowanych podręcznikach terapii behawioralno-poznawczej. Istnieją dane, że stosowanie tej metody oraz leczenia fluoksetyną jest najbardziej efektywną opcją terapeutyczną, jednak tylko w pewnej grupie pacjentów. Treningi w regulowaniu emocji wydają się przynosić znaczącą poprawę w zakresie częstości objadania się i przeczyszczania się.

Jako leczenie alternatywne stosuje się SSRI lub inne leki przeciwdepresyjne, choć efekty długoterminowe farmakoterapii nadal nie są znane. W licznych badaniach przynoszących różne wyniki oceniano skuteczność rozmaitych form terapii w przypadku napadów objadania się. Podobne efekty uzyskiwano po zastosowaniu CBT i ITP. Przeprowadzone badania skuteczności farmakoterapii u tej grupy pacjentów były zazwyczaj sponsorowane przez firmy farmaceutyczne. Redukcje częstości napadów objadania się lub rzadziej remisję udowodniono po leczeniu fluoksetyną, citalopramem, fluwoksaminą, gorsze wyniki, lecz lepsze niż po placebo – po terapii sibutraminą. Do tej pory najwyższy odsetek remisji uzyskano podczas stosowania leków przeciwdrgawkowych II generacji – topiramatu, mniejszy po leczeniu zonisamidem, lecz wysoki odsetek badanych nie kończył terapii z powodu wystąpienia źle tolerowanych lub poważnych objawów niepożądanych. Wyniki dotyczące efektywności kombinowanego leczenia (psychoterapia + farmakoterapia) wydają się najbardziej zachęcające.

### Napady objadania się

Napady objadania się (ang. *binge – eating disorder – BED*) po raz pierwszy pojawiło się w DSM-IV. Istotą tego zaburzenia jest „utrata kontroli nad wielkością przyjmowanych pokarmów” oraz to, że porcje przyjmowanego jedzenia są „zdecydowanie większe niż normalnie”.

Kryteria diagnostyczne dla BED przedstawiono poniżej: (DSM-IV TR, appendix b).

Nawracające epizody objadania się charakteryzują się:

- jedzeniem przez pewien okres czasu (ok. 2 godz.) dużych ilości pokarmów, istotnie więcej niż to się zdarza większości osób w podobnym przedziale czasowym i w podobnych okolicznościach,
  - utratą kontroli nad jedzeniem podczas epizodu (uczucie, że nie można zatrzymać jedzenia lub skontrolować co i w jakiej ilości jest jedzone).
- Epizody objadania się skojarzone z co najmniej trzema z niżej wymienionych objawów:
- z jedzeniem szybciej niż normalnie,
  - z jedzeniem aż do momentu osiągnięcia uczucia dyskomfortu,
  - z jedzeniem większych ilości pokarmów niż to wynika z głodu,
  - z jedzeniem samotnie ze względu na przeżywanie zakłopotania z powodu ilości przyjmowanych pokarmów,
  - z przeżywaniem po epizodzie niezadowolenia z siebie, obniżenia nastroju, poczucia winy.

Obecność nasilonego stresu wiąże się z epizodami objadania się.

Epizody objadania się występują średnio przez co najmniej 2 dni w tygodniu podczas 1/2 roku.

Epizody objadania się nie łączą się z regularnie występującymi niewłaściwymi kompensacyjnymi zachowaniami (przechyszczanie się, głodzenie się, nadmierne ćwiczenia fizyczne) i nie występują w przebiegu JP czy BP.

Osoby z BED mają nawracające epizody niekontrolowanego objadania się, lecz nie przecyzyszczają się, nie mają też innych kompensujących zachowań prowadzących do utraty masy ciała, powszechnie obecnych u osób chorych na BP lub JP. W związku z tym występuje u nich często nadwaga lub otyłość oraz związane z nią konsekwencje somatyczne: nadciśnienie tętnicze lub cukrzyca typu II.

BED często występuje u pacjentów z zaburzeniami nastroju, lękowymi, nadużywaniem SP, zaburzeniami kontroli impulsów czy zaburzeniami osobowości.

Zaburzenia nastroju, szczególnie depresja jest najpowszechniejszym współistniejącym zaburzeniem psychicznym. Niektórzy autorzy uważają, że BED często współistnieje z CHAD, lecz są one rzadko rozpoznawane. Osoby, u których postawiono rozpoznanie CHAD + BED wykazują wzmożoną impulsywność i labilność nastroju. Częściej rozpoznaje się u nich CHAD typ II i inne zaburzenia afektywne ze spektrum CHAD (ang. *soft-spectrum*) niż CHAD typ I. Stwierdzono również, że BED częściej współistnieje z hipomanią niż z manią. Zjawiskiem powszechnym jest, jak wspomniano, nadwaga lub otyłość.

BED zwykle rozpoczyna się w adolescencji lub we wczesnym okresie dorosłości. Przebieg tych zaburzeń bywa różny. Możliwe są spontaniczne okresy remisji, nawroty lub przebieg przewlekły. W rzadkich przypadkach, kiedy objawy samoistnie znikają, większość pacjentów pozostaje otyłymi.

Z badań przeprowadzonych w USA wynika, że BED dotyczy 1,5 – 3% tej populacji. Nie ma danych na temat rozpowszechnienia tych zaburzeń w populacji polskiej. BED częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn.

Podprogowe BED – otyłość z rzadkimi, lecz nie stresującymi epizodami objadania się, zdarza się znacznie częściej, brak jest jednak danych na temat rozpowszechnienia.

Przyczyny BED nie są znane, wskazuje się na czynniki biologiczne, rodzinne, psychospołeczne. Wiadomo, że serotonina i dopamina oraz szereg różnych peptydów regulują zachowania związane z przyjmowaniem pokarmów. W nielicznych pracach wykazano obniżone wiązanie serotoniny przez transporter u otyłych kobiet z BED, co zmienia się na korzyść po uzyskaniu poprawy w zakresie objawów tego zaburzenia, zarówno po grupowej psychoterapii, jak i leczeniu fluoksetyną, mimo że pacjenci nadal tyją. Otyli pacjenci, którzy kompulsywnie objadają się, mają niższy poziom receptorów dopaminergicznych D2 niż osoby bez tych zaburzeń z normalną wagą. U wielu otyłych pacjentów (BMI – 44 SD 2) z BED stwierdzono mutację genu receptora melanokortyny

4, który uszkadza anorektyczne właściwości hormonu stymulującego melanocyty alfa. W rodzinach pacjentów z BED stwierdza się częstsze niż w populacji ogólnej występowanie depresji i otyłości. Z wywiadów wynika częste występowanie w przeszłości nadużyć fizycznych i seksualnych, dyskryminacji i ośmieszania z powodu nadwagi.

### Leczenie BED

Pacjenci zwykle wymagają indywidualnego programu terapeutycznego, składającego się z systematycznej kontroli wagi, działań psychoterapeutycznych, czasem również farmakoterapii, która często zależy od współistnienia innych zaburzeń psychicznych, czy somatycznych lub skierowana jest na kontrolę wielkości przyjmowanych posiłków.

### Trening behawioralny

Celem treningu behawioralnego jest ustalenie odpowiedniej, niskokalorycznej, zdrowej diety oraz wzrost wysiłku fizycznego. Jako jedyna stosowana metoda terapeutyczna jest zwykle mało skuteczny, lecz powinien stanowić element złożonego programu leczniczego.

### Psychoterapia

Celem działań psychoterapeutycznych jest przede wszystkim zmodyfikowanie zachowań związanych z jedzeniem i samokontrolą, a także redukcja interpersonalnych dysfunkcji, stresu i zaburzeń nastroju.

CBT i TIP okazały się skuteczne w redukcji epizodów BED, zarówno w badaniach krótkoterminowych, jak i dłużej trwających (1 rok), lecz mniej efektywne w uzyskaniu stałej obniżonej masy ciała.

### Farmakoterapia

W leczeniu BED stosowane są następujące grupy leków: przeciwdepresyjne, hamujące łaknienie, przeciwdrgawkowe.

Podstawą terapii lekami przeciwdepresyjnymi jest przede wszystkim częste współwystępowanie BED z objawami lub zaburzeniami depresyjnymi, a także podobieństwo BED do BP. Badania z podwójnie ślepą próbą, kontrolowane placebo, wykazały, że napady objadania się, występujące w przebiegu bulimii, dobrze odpowiadają na kilka klas leków przeciwdepresyjnych. Fluoksetyna jest lekiem z wyboru w leczeniu BP. Bupropion i wenlafaksyna (SNRI), oprócz udowodnionego działania przeciwdepresyjnego, powodują obniżenie masy ciała, można więc przypuszczać, że mogą być pomocne w leczeniu BED. Leki z grupy SSRI mają podobne działanie, jeśli chodzi o wpływ na masę ciała, lecz z reguły tylko przez krótki pierwszy

**Tabela 1.** Farmakoterapia skuteczna w BED

Leki§	Masa ciała	Depresja	Liczba badanych	Czas trwania badania	Dawka [mg/d]
<b>Leki przeciwdepresyjne:</b>					
Citalopram	+	-	38	6 tyg.	20-60
Fluoksetyna*	+	+	60	6 tyg.	20-80
Fluwoksamina	+	-	85	9 tyg.	50-300
Sertralina	+	+	34	6 tyg.	50-200
<b>Leki hamujące apetyt:</b>					
Sibutramina	+	+	60	12 tyg.	15
<b>Leki przeciwdrgawkowe:</b>					
Topiramata	+	-	61	14 tyg.	50-400

+ poprawa

- brak poprawy

§ – randomizowane, kontrolowane badania. Leki przeciwdepresyjne badane u pacjentów z BED, sibutramina i topiramata u pacjentów z BED i otyłością

\* – jedno 16-tygodniowe badanie skuteczności fluoksetyny w BED nie wykazało istotnej statystycznie różnicy między placebo i lekiem w zmniejszaniu częstości napadów objadania się i BMI.

okres farmakoterapii. Z badań krótkoterminowych (6-9 tyg.) wynika, że citalopram, fluoksetyna, fluwoksamina i sertralina redukują częstość epizodów BED i obniżają masę ciała u osób z BED.

TLPD dają różne efekty u osób z BED. Badania dotyczące skuteczności imipraminy wykazały, że efekt ten nie jest lepszy niż przy stosowaniu placebo, natomiast dezypramina zmniejsza liczbę epizodów BED, lecz nie wpływa na masę ciała. W jednym badaniu wykazano, że wenlafaksyna redukuje zarówno częstość napadów objadania się, jak i masę ciała oraz zmniejsza istotnie nasilenie współistniejących objawów depresyjnych. Bupropion był skuteczny, zarówno w badaniach krótko- i długoterminowych, w leczeniu otyłości, otyłości z towarzyszącą depresją, a także bulimii, (choć jest przeciwwskazany u tych pacjentek z powodu ryzyka napadów drgawkowych). Nie było do tej pory badań kontrolowanych oceniających skuteczność tego leku u pacjentów z BED.

Leki hamujące łaknienie mogą powodować spadek apetytu, wagi, wzmacniać uczucie sytości, zmniejszać nasilenie objawów depresyjnych, np.: sibutramina, orlistat. Sibutramina – inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny, norepinefryny i dopaminy, podawana w dawce 15 mg/dobę, okazała się skuteczna w leczeniu otyłości.

Brak jest badań kontrolowanych na temat skuteczności orlistatu w BED. Istnieją pojedyncze doniesienia o obserwowanej poprawie, lecz u części pacjentów nadal utrzymywało się przeczyszczanie się. Lek ten wydaje się być skuteczny u pacjentów z BED w okresie remisji, którzy dobrze odpowiedzieli na terapię behawioralną lub psychologiczną oraz inną farmakoterapię.

Leki przeciwdrgawkowe, takie jak topiramata czy zonisamid, okazały się skuteczne w leczeniu prostej otyłości. O ile istnieje coraz więcej badań potwierdzających skuteczność topiramatu w BED, o tyle zonisamid stosowano sporadycznie w tej grupie pacjentów. Stwierdzono, że topiramata powodował istotne zmniejszenie częstości napadów objadania się, przynosił poprawę w postaci obsesyjno-kompulsyjnej BED i wyraźne zmniejszenie masy ciała, istotnie większe niż po placebo. Zonisamid, stosowany w dawce średniej = 513 mg/dobę dawał podobne rezultaty. Poprawa w BED po zastosowaniu leków przeciwdrgawkowych może wiązać się z tym, że niektóre z nich są skuteczne w leczeniu CHAD, często współistniejącej z BED, a ponadto leki te przynoszą często poprawę w zaburzeniach cechujących się patologiczną impulsywnością (nadużywanie SP, zaburzenia kontroli impulsów, zaburzenia z klasteru B).

Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że terapia kombinowana jest bardziej efektywna niż monoterapia u pacjentów z zaburzeniami nastroju, otyłością prostą i BP. Niewiele badań kontrolowanych dotyczy oceny efektów takiej terapii u osób z BED. Wykazano, że CBT przyniosła istotnie lepsze rezultaty w zakresie zmniejszenia częstości objadania się niż leczenie tylko dezypraminą, fluoksetyną i kombinacja CBT i farmakoterapii. Z drugiej strony leczenie samą dezypraminą lub w kombinacji z CBT spowodowało większy spadek wagi niż obserwowany u pacjentów pozostających tylko w terapii psychologicznej.

Z nielicznych badań wynika, że w przypadku złożonej terapii (psychologiczna – CBT i/lub ITP w po-

łączeniu z farmakoterapią) leki przeciwdepresyjne, przeciwdrgawkowe, obniżające apetyt lub ich kombinacje (np. leki z grupy SSRI, sibutramina, topirammat, lit w CHAD. Pacjenci z BED są częściej leczeni z otyłości niż z powodu istniejących u nich zaburzeń psychicznych (CHAD, depresja, impulsywność), w związku z tym często jest to terapia nieskuteczna.

Należy pamiętać, że leczenie pacjentów z BED zawsze powinno być zindywidualizowane i złożone, tzn. obejmujące odpowiednie działania psychologiczne i farmakoterapię, zarówno BED, jak współistniejących zaburzeń psychicznych.

#### *Przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi*

Postawienie takiego rozpoznania wymaga podjęcia przede wszystkim działań psychologicznych.

#### *Wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi*

Leczymy podstawowe zaburzenia, w przebiegu których pojawiły się ww. wymioty, tzn. – zaburzenia dysocjacyjne, hipochondryczne, stosując przede wszystkim różne formy psychoterapii, ewentualnie – leki przeciwdepresyjne, przede wszystkim SSRI.

## **PODSUMOWANIE**

Należy przyjąć, że:

**1.** Wszyscy pacjenci z zaburzeniami odżywiania – ZO powinni znajdować się pod opieką lekarza psychiatry,

**2.** Lekarz psychiatra: a) koordynuje leczenie pacjentów z ZO lub współpracuje z zespołem leczącym (współpracę z innymi specjalistami, psychoterapeutami), b) dokonuje wyboru miejsca leczenia i określa plan leczenia, c) dokonuje somatycznej i psychiatrycznej oceny pacjenta, w przypadku powikłań somatycznych kieruje pacjenta na odpowiednie konsultacje, d) prowadzi psychoedukację pacjenta i jeśli to wskazane jego rodziny, e) w przypadku dzieci i młodzieży włącza rodzinę w proces leczenia, f) prowadzi leczenie zgodne z zaproponowanymi algorytmami opieki medycznej.

Przedstawione poniżej algorytmy leczenia zaburzeń odżywiania powstały w oparciu o wyniki badań opublikowanych w piśmiennictwie naukowym, przy czym kolejne wybory wiążą się z rodzajem badań: randomizowanych, z podwójnie ślełą próbą, kontrolowanych placebo, otwartych, opisów pojedynczych przypadków. W algorytmach leczenia zaburzeń odżywiania i współistniejących zaburzeń psychicznych uwzględniono te zaburzenia, które jak wynika z badań zdarzają się najczęściej.