

Radosław Tomalski¹, Agnieszka Żak-Gołąb², Barbara Zahorska-Markiewicz²

¹Katedra Patofizjologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

²Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Czy rezygnacja z terapii odchudzającej wiąże się z występowaniem żarłocznego jedzenia?

Is there a relationship between binge eating and termination of body weight loss therapy?

STRESZCZENIE

WSTĘP. Otyłości często towarzyszy zjawisko żarłocznego jedzenia. Celem niniejszej pracy było stwierdzenie, czy istnieje związek między występowaniem napadów objadania się a przerywaniem leczenia otyłości w warunkach ambulatoryjnych.

MATERIAŁ I METODY. Zbadano 73 otyłe osoby (58 kobiet i 15 mężczyzn; śr. wieku $45,8 \pm 14,9$ roku; śr. BMI = $39,7 \pm 7,23$ kg/m²), które po raz pierwszy zgłosiły się do Poradni Leczenia Otyłości w Katowicach. W dniu przyjęcia do leczenia pacjenci wypełnili krótki kwestionariusz obejmujący cztery pytania odnoszące się do występowania napadów objadania się oraz niektórych cech tych napadów. Po 10 miesiącach oceniono przebieg leczenia (liczbę wizyt, fakt przerwania terapii).

WYNIKI. Średnia liczba wizyt w badanej grupie wynosiła $3,6 \pm 2,6$. Występowanie napadów objadania się potwierdziło w całej grupie 75% osób. Występowanie żarłocznego jedzenia nie różniło się w podgrupach podzielonych według wartości BMI i liczby wizyt.

Kobiety częściej niż mężczyźni poprawiały sobie samopoczucie jedzeniem ($p < 0,01$). Osoby z BMI ponad 40 kg/m² w większym stopniu wykazywały brak kontroli nad jedzeniem niż pacjenci, u których BMI był niższy od 34,9 kg/m².

WNIOSKI. Rezygnacja z terapii odchudzającej nie wiązała się z występowaniem żarłocznego jedzenia. Im większy był stopień otyłości, tym większy odsetek osób potwierdzał poczucie braku kontroli nad jedzeniem.

Adres do korespondencji: dr med. Agnieszka Żak-Gołąb
Katedra Patofizjologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Medyków 18, 40-752 Katowice
tel. kom.: 0 606 665 624
faks: (032) 25 26 091
e-mail: agzak@poczta.onet.pl
Copyright © 2008 Via Medica
Nadesłano: 18.01.2008 Przyjęto do druku: 12.06.2008

Słowa kluczowe: otyłość, żarłoczne jedzenie, rezygnacja z terapii odchudzającej

Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2008, tom 4, nr 2, s. 53-57

ABSTRACT

INTRODUCTION. The phenomenon of binge eating frequently accompanies obesity. The aim of this study was to confirm if there is any relationship between binge eating and interrupting of body weight loss therapy in outpatient treatment.

MATERIAL AND METHODS. 73 patients (58 women and 15 men; 45.8 ± 14.9 years old; BMI = 39.7 ± 7.23 kg/m²) on admission to Obesity and Metabolic Disorders Outpatient Clinic in Katowice answered four questions concerning the presence and some features of binge eating. After ten months the treatment course was verified (interruption of treatment, number of visits).

RESULTS. Mean number of visits in the whole group was 3.6 ± 2.6 . The presence of binge eating symptoms was reported by 75% of the whole group. There was no relationship between binge eating and BMI or number of visits, however women reported more frequent binges than men, when in bad mood ($p < 0.01$). Patients with BMI > 40 kg/m² reported less control over eating comparing to patients with BMI < 34.9 kg/m².

CONCLUSIONS. The termination of body weight loss therapy was not correlated with occurrence of binge eating. The greater obesity, the less control the patients had over eating.

Key words: obesity, binge eating, resignation of body weight therapy

Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2008, tom 4, nr 2, s. 53-57

Wstęp

Otyłości często towarzyszy zjawisko żarłocznego jedzenia. Problem ten zauważył w 1959 roku Stunkard [1], uznając napadowe objadanie się za wzorzec jedzenia u części pacjentów z otyłością. W IV edycji amerykańskiej klasyfikacji psychiatrycznej z 1994 roku napady objadania się uzyskały nazwę *binge eating disorder* (BED) i od tego czasu figurują jako odrębna kategoria diagnostyczna wśród zaburzeń jedzenia (tab. 1). W *International Classification of Diseases and Health-Related Problems, 10th Revision* (ICD-10) zaburzenie to nie zostało dotychczas wyodrębnione. Nazewnictwo stosowane w Polsce obejmuje terminy „zespół gwałtownego objadania się” [2] oraz „zaburzenia odżywiania z epizodami niekontrolowanego objadania się” [3] (tab. 1).

Częstość BED w populacji ogólnej szacuje się na 2–5%, a wśród osób zgłaszających się w celu leczenia otyłości wynosi ona około 30%. Natomiast w badaniu populacyjnym BED stwierdzano jedynie u około 5% osób z otyłością, co sugerowałoby, że do leczenia otyłości częściej zgłaszają się osoby z tym zaburzeniem jedzenia niż bez niego. Może to wiązać się z faktem, że u osób otyłych z BED, w porównaniu z otyłymi bez BED, stwierdzono większe nasilenie objawów psychopatologicznych — zarówno związanych z jedzeniem (np. zaburzenia obrazu ciała, zaabsorbowanie kwestią jedzenia), jak i z nim niezwiązanych (depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości) [5].

W odróżnieniu od innych zaburzeń jedzenia reprezentacja płci jest bardziej wyrównana, ponieważ stosunek występowania BED u kobiet i u mężczyzn wy-

nosi 2:1, a według niektórych źródeł — 3:2. Wykazano, że BED najczęściej ma przebieg wieloletni; średni czas występowania objawów to 14,4 roku (\pm 13,9 roku) — znacznie dłuższy niż w przypadku innych zaburzeń jedzenia [6].

Napady objadania się mają najczęściej podłoże emocjonalne. Stres zwiększa ilość jedzenia i sprzyja występowaniu tych napadów. W badaniu populacyjnym kobiety odczuwające stres o umiarkowanym nasileniu zjadały o 118 kcal więcej, a mężczyźni o 181 kcal więcej niż zwykle [7]. W badaniu wśród osób z rozpoznaniem BED (grupa 40 kobiet z otyłością) stwierdzono, że gorszy nastrój sprzyja objadaniu się [8].

Porównując osoby otyłe z BED oraz osoby bez zaburzeń jedzenia, nie stwierdzono między nimi różnic metabolicznych (ciśnienie tętnicze, spoczynkowa przemiana materii, wskaźnik talia–biodra [WHR, *waist-to-hip ratio*], stężenia glukozy, insuliny, hormonów tarczycy, lipidów). Istnieje natomiast tendencja do występowania większej masy ciała, znacznych wahań masy ciała oraz efektu yo-yo u osób otyłych z BED w porównaniu z osobami otyłymi bez tego zaburzenia [9].

Utrzymywanie się pacjentów w różnych programach redukcji masy ciała jest trudne do porównania ze względu na stosowanie odmiennych założeń leczenia, jego czasu trwania oraz grup pacjentów, dla których jest ono przeznaczone. W badaniu dość licznej grupy osób uczestniczących w programie zmniejszania masy ciała ($n = 60\ 164$) po 13 tygodniach nadal brało w nim udział 42% pacjentów, po 26 tygodniach — 22% pacjentów, a po 52 tygodniach — jedynie 6,6%

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne według *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV — 305.50)* dla zespołu gwałtownego objadania się (BED, *binge eating disorder*) [4]

A. Powtarzające się napady objadania się, które charakteryzuje:

1. Zjedanie w krótkim okresie (np. w ciągu 2 h) ilości pożywienia wyraźnie przekraczającej ilość, jaką większość osób byłaby w stanie zjeść w podobnym czasie i warunkach
2. Poczucie braku kontroli nad jedzeniem podczas epizodu objadania się (np. poczucie, że nie można przestać jeść lub zapanować nad ilością i sposobem jedzenia)

B. Epizodom objadania się towarzyszą 3 lub więcej spośród następujących cech:

1. Jedzenie aż do nieprzyjemnego uczucia przepelnienia
2. Zjedanie dużych ilości pokarmu bez odczuwania głodu
3. Jedzenie w samotności z powodu odczuwania zawstydzenia ilością zjadanych pokarmów
4. Uczucie obrzydzenia do siebie, depresja lub poczucie winy po napadzie objadania się

C. Epizody objadania się są przyczyną poważnego napięcia i dyskomfortu

D. Epizody objadania się występują średnio 2 dni w tygodniu w ciągu 6 kolejnych miesięcy

E. Napadom objadania się nie towarzyszą regularne nieprawidłowe zachowania kompensacyjne (np.: przeczyszczanie się, intensywne ćwiczenia fizyczne), a obserwowane zaburzenia nie występują wyłącznie w przebiegu anoreksji lub bulimii

osób [10]. W innym badaniu po 12 miesiącach leczenia otyłości 48,3% z 1785 pacjentów kontynuowało leczenie — występowanie napadów objadania się było jednym z czynników powodujących przerwanie leczenia. Rezygnacje pacjentów z udziału w programie leczenia BED szacowane są przeciętnie na około 20% [11]. Jednak dane dotyczące związku BED z rezygnowaniem przez pacjentów z programu zmniejszania masy ciała nie są jednoznaczne. Sherwood i wsp. [12] podali, że występowanie napadów objadania się wiązało się z częstszym przerywaniem leczenia przez kobiety, natomiast związek z wynikami leczenia był niewielki i możliwy do zaobserwowania dopiero po 18 miesiącach uczestnictwa w programie obniżania masy ciała.

Material i metody

Badaną grupę tworzyły 73 otyłe osoby (58 kobiet i 15 mężczyzn), które po raz pierwszy zgłosiły się do Poradni Leczenia Otyłości w Katowicach. Ich średni wiek wynosił $45, 8 \pm 14,9$ roku, zaś średni wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) — $39,7 \pm 7,23$ kg/m².

W celu przesiewowego zbadania występowania zaburzeń jedzenia pod postacią napadowego objadania się zastosowano kwestionariusz składający się z 4 pytań (tab. 2), który pacjenci wypełnili w dniu przyjęcia do leczenia.

Poproszono osoby badane o zakreślenie przy każdym pytaniu jednej z dwóch odpowiedzi: „tak” lub „nie”. Zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi pozytywnej na dowolne z pytań wskazywało na występowanie objawów żarłocznego jedzenia. Po 10 miesiącach oceniono przebieg leczenia (liczbę wizyt, fakt przerwania terapii).

By dokonać szczegółowej analizy statystycznej, badaną grupę podzielono według płci, na 3 podgrupy według wartości wskaźnika BMI oraz, także na 3 podgrupy, według liczby wizyt w poradni (tab. 3).

Analizy statystycznej otrzymanych wyników dokonano przy użyciu programu komputerowego *Statistica*. Normalność rozkładu sprawdzano za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa. Do porównania poszczególnych grup wykorzystano test U Manna-Whitneya. Do badania związku (zależności) między badanymi cechami (liczba wizyt, grupy BMI, płeć, cecha związana z pytaniem [odpowiedzi na pytania]) zastosowano test χ^2 .

Tabela 2. Kwestionariusz do przesiewowego badania występowania napadów żarłocznego jedzenia

Pytanie	TAK	NIE
1. Czy zdarza się dość często, że zjadasz duże ilości jedzenia w krótkim czasie?		
2. Czy masz wówczas poczucie braku kontroli nad jedzeniem — nie możesz przestać jeść, aż do nieprzyjemnego uczucia przepelnienia?		
3. Czy jedzenie jest Twoim sposobem na poprawę samopoczucia, gdy źle się czujesz?		
4. Czy napady objadania się są powodem wzrostu wagi ponad prawidłową dla Ciebie?		

Tabela 3. Podział grupy badanej według kryteriów wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*), płci oraz liczby wizyt w poradni

Podział grupy względem	Odsetek osób, które odpowiedziały twierdząco na pytanie (%)					
	n	1.	2.	3.	4.	
Liczby wizyt	1	20	70	40	65	80
	2–3	21	85,7	42,9	61,9	61,9
	> 4	32	71,9	53,1	40,6	78,1
Płci	Kobiety	58	74,1	50	62,1**	75,9
	Mężczyźni	15	80	33,3	20	66,7
BMI	< 34,9 kg/m ²	21	76,2	28,6	38,1	81
	35–39,9 kg/m ²	23	73,9	47,8	65,2	69,6
	> 40 kg/m ²	29	75,9	58,6*	55,2	72,4

*p < 0,05; BMI < 34,9 kg/m² vs. > 40 kg/m²; **p < 0,01: kobiety vs. mężczyźni

Wyniki

Średnia liczba wizyt w badanej grupie wynosiła $3,6 \pm 2,6$. Występowanie napadów objadania się potwierdziło 75% osób z tej grupy (pytanie 1.). Na pytania pierwsze i drugie łącznie odpowiedziało 45% osób ($n = 33$). Suma punktów w przeprowadzanej ankiecie wynosiła średnio $2,5 \pm 1,2$.

Kobiety znamienne statystycznie ($p < 0,05$) częściej odpowiadały twierdząco na pytania zamieszczone w ankiecie ($2,6 \pm 1,2$ vs. $2,0 \pm 1,1$). Średnia liczba wizyt w ich przypadku wynosiła $3,3 \pm 2,5$. Liczbę wizyt, na które przychodziły kobiety, przedstawiono w tabeli 3. Wśród mężczyzn średnia liczba wizyt wynosiła $4,8 \pm 3,1$.

Na pytanie 3. („Czy jedzenie jest Twoim sposobem na poprawę samopoczucia, gdy źle się czujesz?”) kobiety częściej niż mężczyźni odpowiadały twierdząco ($p < 0,01$).

Nie zaobserwowano znamienych statystycznie różnic między podgrupami względem BMI ani między liczbą wizyt (przerwywaniem leczenia) a obecnością napadów objadania się.

Osoby, u których BMI przekraczało 40 kg/m^2 , częściej odpowiadały twierdząco na pytanie 2. („Czy masz wówczas poczucie braku kontroli nad jedzeniem — nie możesz przestać jeść, aż do nieprzyjemnego uczucia przepelnienia?”) niż pacjenci z BMI poniżej $34,9 \text{ kg/m}^2$.

Dyskusja

Duża liczba osób podających występowanie napadów objadania się, wynikała z oparcia się na samoocenie pacjentów. Bliższej kryteriom BED pozytywnej odpowiedzi na pytania pierwsze i drugie udzieliło 45% osób z badanej grupy. W danych z piśmiennictwa podaje się, że średnio 30% osób korzysta z programów zmniejszenia masy ciała, [5] jednak w niektórych pracach wśród osób leczonych z powodu otyłości pacjenci z BED stanowili aż 47% [13].

Jak wykazali inni autorzy, występowanie BED stwierdza się u otyłych z wysokim BMI [14]. W niniejszej pracy występowanie napadów objadania się nie było związane z BMI, natomiast osoby z otyłością olbrzymią (BMI

$> 40 \text{ kg/m}^2$) częściej podawały utratę kontroli nad jedzeniem. Należy podkreślić, że ten właśnie aspekt objadania się, jakim jest utrata kontroli nad jedzeniem (niemożność przerywania epizodu objadania się), bardzo dokucza pacjentom i motywuje do podejmowania leczenia oraz wskazuje na istnienie zaburzeń jedzenia.

Występowanie napadów objadania się nie wpływało na przerywanie leczenia. W badaniach innych autorów uzyskiwano podobne wyniki negujące związek epizodów objadania się z kontynuowaniem terapii lub z jej wynikami [11, 15]. Jedynie Sherwood i wsp. [12] dostrzegli zależność między napadami objadania się i przerywaniem leczenia, jednak dotyczyło to jedynie kobiet. Pojawiają się zdania, że standardowe programy zmniejszania masy ciała są skuteczne niezależnie od tego, czy otyłości towarzyszy BED, czy też nie [16]. Brakuje jednak danych na temat długoterminowej skuteczności redukcji masy ciała u osób otyłych z BED, które nie korzystały z psychoterapii bardziej bezpośrednio dotyczącej zaburzeń jedzenia. Jednocześnie w niektórych badaniach stwierdzono, że programy terapeutyczne zajmujące się wyłącznie napadami objadania się, nie są same w sobie skuteczne w obniżaniu masy ciała.

Zatem idealnym rozwiązaniem dla otyłych pacjentów z napadami żarłocznego jedzenia jest wdrożenie kompleksowej terapii odchudzającej, obejmującej nie tylko zalecenia dietetyczne, ale również psychoterapię [9]. Wyszczególnienie tego rodzaju zaburzeń u osób zgłaszających się w celu leczenia otyłości na pierwszym spotkaniu może się stać podstawą sukcesu po jej zakończeniu. Wybranie spośród osób otyłych pacjentów z napadami żarłocznego jedzenia i włączenie odpowiedniej terapii może przyczynić się do sukcesu zarówno w trakcie leczenia, jak i po jego zakończeniu.

Wnioski

Rezygnacja z terapii odchudzającej nie wykazywała związku z występowaniem żarłocznego jedzenia. Im większy był stopień otyłości, tym większy odsetek osób potwierdzał poczucie braku kontroli nad jedzeniem.

Piśmiennictwo

1. Stunkard A.J.: Eating patterns and obesity. *Psychiatr. Q.* 1959; 33: 284–294.
2. Józefik B., Pilecki M.: Obraz kliniczny zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B. (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999: 30–39.
3. Carter W.P., Lindsay J., Pindyck B.A.: Leczenie farmakologiczne zaburzeń odżywiania z epizodami niekontrolowanego objadania się. *Psychiatria po Dyplomie* 2004; 5: 7–12.
4. DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. American Psychiatric Association, Washington D.C. 1994.
5. De Zwaan M.: Binge eating disorder and obesity. *Int. J. Obes.* 2001; 25: S51–S55.
6. Pope H.G., Laonde J.K., Pindyck L.J. i wsp.: Binge eating disorder: a stable syndrome. *Am. J. Psychiatry* 2006; 163: 2181–2183.
7. Cohen J.H., Kristal A.R., Neumark-Sztainer D., Rock C.L., Neuhouser M.L.: Psychological distress is associated with unhealthful dietary practices. *American Dietetic Association. J. Am. Diet. Assoc.* 2002; 5: 699–703.
8. Chua J.L., Touyz S., Hill A.J.: Negative mood-induced overeating in obese binge eaters: an experimental study. *Int. J. Obes.* 2004; 28: 606–610.
9. Bruce B., Wilfley D.: Binge eating among the overweight population: a serious and prevalent problem. *American Dietetic Association. J. Am. Diet. Assoc.* 1996; 96: 58–61.
10. Finley C.E., Barlow C.E., Greenway F.L., Rock C.L., Rolls B.J., Blair S.N.: Retention rates and weight loss in a commercial weight loss program. *Int. J. Obes.* 2007; 31: 292–298.
11. Wonderlich S.A., de Zwaan M., Mitchell J.E., Peterson C., Crow S.: Psychological and dietary treatments of binge eating disorder: conceptual implications. *Int. J. Eat. Disord.* 2003; 34: S58–S73.
12. Sherwood N.E., Jeffery R.W., Wing R.R.: Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 1999; 23: 485–493.
13. Adami G.F., Gandolfo P., Bauer B., Scopinaro N.: Binge eating in massively obese patients undergoing bariatric surgery. *Int. J. Eat. Disord.* 199; 17: 45–50.
14. Ricca V., Mannucci E., Moretti S. i wsp.: Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Compr. Psychiatry* 2000; 41: 111–115.
15. Dalle Grave R., Calugi S., Molinari E. i wsp.: QUOVADIS Study Group. Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: an observational multicenter study. *Obes. Res.* 2005; 13: 1961–1969.
16. Stunkard A.J., Allison K.C.: Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 2003; 27: 1–12.