

# Uzależnienie od jedzenia — znaczenie doświadczania traumy

Wśród różnego rodzaju uzależnień behawioralnych wymienia się również uzależnienie od jedzenia. Wprawdzie posługiwanie się określeniem *uzależnienie* w tym przypadku nie jest w pełni uzasadnione, gdyż termin ten nie został uwzględniony w obowiązujących klasyfikacjach chorób i zaburzeń psychicznych, niemniej jednak podobieństwo do objawów charakterystycznych dla uzależnień od substancji powoduje, że jest ono powszechnie stosowane.

Inne określenia wykorzystywane zamiennie z uzależnieniem od jedzenia to jedzeniowy nałóg, nałógowe (kompulsywne, napadowe) objadanie się, szkodliwe (dysfunkcyjne) zachowania związane z jedzeniem czy zaburzenia związane z nałogowym jedzeniem.

Ogólnie można uznać, że uzależnienie od jedzenia to rodzaj zaburzenia odżywiania, który polega na spożywaniu w niekontrolowany sposób dużej ilości pokarmu, pomimo braku obiektywnego odczucia głodu. Istotą uzależnienia od jedzenia jest przede wszystkim nadmierne jedzenie o charakterze kompulsywnym (napadowym), którego podstawę stanowi przymus i utrata kontroli nad czynnością jedzenia.

Należy zwrócić uwagę, że jedzenie jest przedmiotem uzależnienia nie tyle jako substancja (nie występuje tu zespół abstynencyjny – jak w narkomanii czy alkoholizmie), ile raczej jako forma niekonstruktywnego zachowania się związanego z radzeniem sobie czy kompensowaniem niezaspokojonych potrzeb psychicznych jednostki.

Dla uzależnienia od jedzenia, podobnie jak dla innych uzależnień, charakterystyczne jest silne pragnienie lub przymus jedzenia (kompulsja), trudności w kontrolowaniu zachowań jedzeniowych, w tym szczególnie ilości spożywanego pokarmu, konieczność zwiększania jego dawek, zaniedbywanie innych źródeł przyjemności, a także kontynuowanie zachowań pomimo wyraźnych negatywnych następstw (Grzegorzewska, Cierpiakowska, 2018; Ogińska-Bulik, 2010).

Pojawienie się nowej klasyfikacji (DSM-5) zmieniło nieco spojrzenie na problem, jakim jest uzależnienie od jedzenia.

Kryteria dotyczące uzależnień i nałogów zostały połączone i powstała nowa kategoria określana mianem „zaburzeń używania substancji i nałogów” (APA, 2013). Istotnego znaczenia nadano kategorii, jaką jest głód substancji oraz jej pragnienie. W odniesieniu do zaburzeń związanych

z nałogowym jedzeniem zaproponowano następujące, prawdopodobne kryteria tego problemu (Meule, Gearhardt, 2014, por. także Grzegorzewska, Cierpiakowska, 2018):

- spożywanie jedzenia w większych ilościach i dłużej niż planowano,
- uporczywe pragnienie jedzenia lub towarzyszące temu nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania spożywanego jedzenia,
- poświęcanie dużo czasu na aktywności związane ze zdobywaniem pożywienia, jedzeniem i niwelowaniem skutków nadmiernego objadania się,
- głód lub silne pragnienie albo potrzeba nadmiernego jedzenia powodujące zaniedbanie głównych obowiązków w pracy, szkole lub w domu<sup>1</sup>,
- nadmierne objadanie się pomimo ciągłych lub nawracających problemów fizycznych, psychicznych i społecznych spowodowanych bądź pogłębionych przez objadanie się\*,
- ograniczanie lub porzucanie z powodu nadmiernego jedzenia określonych produktów, ważnych aktywności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych\*,
- nawracające objadanie się powodujące zaniedbywanie głównych obowiązków w pracy, szkole lub w domu,
- powracanie do objadania się w sytuacjach zagrożenia i fizycznego niebezpieczeństwa\*,
- ujawnienie się tolerancji na określone produkty żywnościowe związane z potrzebą spożycia zwiększonej ilości jedzenia dla osiągnięcia pożądanego efektu.

O uzależnieniu od jedzenia można mówić, jeśli problematyczny wzorec jedzenia prowadzi do znacznych problemów klinicznych i nadmiernego stresu, przy czym objawy muszą wystąpić w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Wskazuje się na różne natężenia tego wzorca: lekkie (2-3 objawy), umiarkowane (4-5 objawów) i ciężkie (6 i więcej objawów).

<sup>1</sup> Symbolem \* oznaczono nowe kryteria wprowadzone przez DSM-5.



Symptodem uzależnienia od jedzenia jest nie tylko objadanie się, ale także uporczywe myślenie o jedzeniu, przeżywanie emocji związanych z jedzeniem, porzucanie zainteresowań, zaniedbywanie innych czynności i relacji z otoczeniem. Zaabsorbowanie jedzeniem staje się ważną, integralną częścią życia wielu ludzi, której podporządkowane zostają inne sfery funkcjonowania. Zaabsorbowanie i koncentracja na czynności jedzenia są powiązane z jednoczesną utratą kontroli nad tym procesem. Zjawisko to odwołuje się więc do zaburzeń w zakresie kontroli impulsów. Uzależnienie od jedzenia może dotyczyć skłonności do niekontrolowanego objadania się w ogóle, ale także tendencji do wyboru określonych produktów, szczególnie obfitujących w tłuszcze i cukry proste. Jednym z bardziej uzależniających produktów jest czekolada (czekoladoholizm).

## Rozpowszechnienie

Częstość występowania uzależnienia od jedzenia jest zróżnicowana i zależy m.in. od tego, kogo badamy (wskazuje się tu na różnice związane z wiekiem, płcią, masą ciała) oraz stosowanych narzędzi pomiaru. W badaniach prowadzonych na dużych populacjach (powyżej 50 tys. uczestników) wskaźniki te mieszczą się w przedziale 5,8-8,6% (Mason i wsp., 2013).

Z przeglądu badań, dokonanych przez Imperatori, Fabricatore i in. (2016) z wykorzystaniem Yale Food Addiction Scale (YFAS) wynika, że odsetek osób uzależnionych od jedzenia w różnych populacjach jest nieco bardziej zróżnicowany. Wśród studentów amerykańskich zanotowano 11,4% uzależnionych od jedzenia, w przypadku badań prowadzonych na ogólnych populacjach odsetek uzależnionych od jedzenia wynosił we Francji – 8,7%, w Niemczech – 8,8%. Nieco niższy odsetek zanotowano we Włoszech (1,7%) i Hiszpanii (2,7%), co może sugerować występowanie różnic międzykulturowych.

Zdecydowanie większe rozpowszechnienie zjawiska, jakim jest uzależnienie od jedzenia, obserwuje się w grupie osób z nadmierną masą ciała (nadwaga i otyłość) oraz z zaburzeniami odżywiania. W tych przypadkach odsetki osób uzależnionych mieszczą się w przedziale 41-72%. W badaniach Gearhardt i wsp. (2012) rozpiętość wyników uzależnienia od jedzenia, mierzonych za pomocą Yale Food Addiction Scale, wynosiła od 4% wśród studentek z wagą w normie do 56,8% wśród kobiet z otyłością. Wyższy odsetek uzależnienia od jedzenia stwierdza się wśród kobiet niż u mężczyzn oraz u osób młodszych w porównaniu ze starszymi.

W polskiej próbie (badania własne) odsetek kobiet uzależnionych od jedzenia (z wykorzystaniem Yale Food Addiction Scale) wynosił ogółem 12,9%. Zdecydowaną większość stanowiły kobiety zrzeszone w klubie Anonimowych jedzenioholików (85,7%), natomiast wśród pozostałych kobiet objętych badaniami odsetek ten wynosił 2,3%. W innych badaniach analizowano także ryzyko uzależnienia od jedzenia w różnych grupach kobiet. Rozpiętość wyników wskazujących na wysokie ryzyko jedzenioholizmu (mierzone za pomocą Skali Zaabsorbowania Jedzeniem) wynosiła od 31,2% kobiet z wagą w normie do 67,5% u kobiet charakteryzujących się nadwagą lub otyłością (Ogińska-Bulik, 2010).

## Mechanizmy i czynniki ryzyka rozwoju uzależnienia od jedzenia

Jedzenioholizm i inne zachowania kompulsywne (nagłogowe) są efektem interakcji różnorodnych czynników, wśród których wymienia się czynniki biologiczne (neurobiologiczne, genetyczne), społeczne (społeczno-kulturowe, rodzinne) i psychologiczne (podmiotowe).

Teorie neurobiologiczne zwracają uwagę, że uzależnienie jest wynikiem zaburzenia równowagi między dwoma układami neuroprzekaźnikowymi, tj. układem nagrody – za który odpowiada układ dopaminergiczny w mózgu

i układem kary – którym zawiaduje układ serotoninergetyczny (Grzegorzewska, Cierpiatkowska, 2018). System nagrody aktywowany jest w sytuacjach ocenianych jako przyjemne (a taką stanowi również jedzenie). Główną rolę w funkcjonowaniu układu nagrody odgrywa dopamina. Jej ilość wyraźnie wzrasta po zażyciu substancji psychoaktywnej czy po wykonaniu czynności, w tym jedzenia, zwłaszcza produktów słodkich i tłustych. U osób uzależnionych, na skutek zaburzenia aktywności obu układów, maleje rola układu kary, a wzrasta układu nagrody. Zwraca się uwagę, że uzależnienie od jedzenia rozwija się stopniowo. Początkowo następuje rozpoznawanie smaków, które dostarczają przyjemności (głównie słodki, ale także słony). Następnie mózg rozpoznaje produkty, które powiązane są z tymi smakami i wiąże je z systemem nagrody. Wydziela się dopamina i nasila uczucie przyjemności. Pociąga to za sobą coraz częstsze sięganie po tego typu produkty, które szybko poprawiają nastrój. Tak więc jedzenie, zwłaszcza w sytuacji stresu i przeżywania negatywnych emocji, może pełnić rolę natychmiastowej gratyfikacji, co skłania jednostkę do powtarzania tego typu zachowań (Ogińska-Bulik, 2010, 2016).

Wśród czynników ryzyka jedzeniowego wymienia się przede wszystkim nadmierne jedzenie i nieprawidłowe wzorce jedzeniowe, związane ze spożywaniem dużej ilości wysokoprzetworzonego, kalorycznego (bogatego w tłuszcze i cukry) jedzenia, zwłaszcza jeśli występują one we wczesnym okresie życia. Spożywanie wysokokalorycznych produktów przyczynia się do aktywacji układu nagrody i wzrostu dopaminy, przez co zwiększa właściwości nagradzające. Jedzenie wysokokalorycznej żywności jest również czynnikiem prowadzącym do rozwoju nadwagi i otyłości, która może zwiększać ryzyko uzależnienia od jedzenia.

Nadmiernej konsumpcji natomiast sprzyjają zmiany cywilizacyjne, wzrastające tempo życia i konsumpcyjne podejście do życia, a także bardziej powszechny stres i towarzyszące mu negatywne emocje. Należy także zwrócić uwagę na rolę rodziny w kształtowaniu wzorców jedzeniowych, a szczególnie na procesy modelowania społecznego. Dzieci i młodzież najczęściej przejmują zachowania związane z jedzeniem występujące w rodzinie, zwłaszcza jeśli są one nagradzane. Do rozwoju uzależnienia od jedzenia mogą więc przyczynić się również takie czynniki, jak: osłabienie więzi rodzinnych, nieprawidłowa struktura rodziny, a także zaburzenia pełnionych ról związanych z wychowaniem dzieci, zaspokajaniem potrzeb bliskości, bezpieczeństwa, akceptacji czy daniem wsparcia. Dla wielu ludzi rekompensatą tego, czego nie dostali w rodzinie, może stać się natłogowe jedzenie.

Wśród czynników podmiotowych sprzyjających uzależnieniu od jedzenia wymienia się przede wszystkim płeć żeńską, młodszy wiek i zwiększoną masę ciała oraz zmienne psychologiczne, w tym właściwości osobowości. Należy jednak wyraźnie podkreślić, że w powstawaniu uzależnienia (zarówno od substancji, jak i czynności) osobowość odgrywa istotną rolę, lecz w połączeniu z innymi czynnikami, przede wszystkim neurofizjologicznymi i społeczno-kulturowymi (model polietiologiczny). Należy również zwrócić

uwagę, że pewne cechy osobowości mogą być skutkiem rozwoju uzależnień.

Uzależnieniu od jedzenia mogą również sprzyjać takie charakterystyczne dla człowieka właściwości, jak: poszukiwanie natychmiastowej gratyfikacji, szybkiej przyjemności, a także trudności w kontrolowaniu własnych impulsów (impulsywność). Ponadto wskazuje się na znaczenie pesymizmu życiowego, niskiego poczucia własnej wartości, wysokiego poziomu lęku, bezradności, zewnętrznego poczucia kontroli, skłonności do doświadczania negatywnego afektu, trudności w relacjach z innymi, podatności na stres oraz deficytów w zakresie radzenia sobie z doświadczanymi problemami (Ogińska-Bulik, 2010, 2017, 2018).

## Trauma a ryzyko uzależnienia od jedzenia

Wśród różnych rodzajów sytuacji stresujących szczególne znaczenie w rozwoju uzależnienia od jedzenia przypisuje się ekspozycji na zdarzenia traumatyczne i wynikającym z niej negatywnym konsekwencjom, ujawnianym przede wszystkim w postaci objawów składających się na zespół stresu pourazowego (*Posttraumatic Stress Disorder* – PTSD). Zespół ten, zgodnie z nową klasyfikacją DSM-5 (APA, 2013), obejmuje objawy wchodzące w zakres intruzji, unikania, negatywnych zmian w procesach poznawczych i emocjonalnych oraz zwiększonej reaktywności i nadmiernej pobudzenia.

**PROWADZONE W TYM ZAKRESIE BADANIA, GŁÓW-  
NIE ZAGRANICZNE, POTWIERDZAJĄ WYSTĘPOWANIE  
ZWIĄZKU MIĘDZY DOŚWIADCZENIEM ZDARZEŃ TRAUMA-  
TYCZNYCH I OBJAWAMI PTSD A UZALEŻNIENIEM OD  
JEDZENIA. W NAJBARDZIEJ ZNANYCH BADANIACH  
PRZEPROWADZONYCH W GRUPIE PONAD 49 TYS. PIE-  
LĘGNIAREK (MASON I WSP., 2014) WYKAZANO, ŻE 81%  
SPOŚRÓD BADANYCH DOŚWIADCZYŁO W SWOIM ŻY-  
CIU CO NAJMNIEJ JEDNEGO ZDARZENIA TRAUMATYCZ-  
NEGO. NAJCZĘŚCIEJ WYMENIAMYM ZDARZENIEM  
O CHARAKTERZE OSOBISTYM BYŁA NAGŁA ŚMIERĆ  
BLISKIEGO CZŁONKA RODZINY. WŚRÓD PIELĘGNIAR-  
REK, KTÓRE DOŚWIADCZYŁY ZDARZEŃ TRAUMATYCZ-  
NYCH 66% UJAWNIŁO OBJAWY PTSD. UZALEŻNIENIE  
OD JEDZENIA WYSTĄPIŁO OGÓŁEM U 8% BADANYCH.**

Uwzględniając objawy PTSD (lub ich brak), wykazano, że w grupie bez objawów PTSD znalazło się 6% badanych, a wśród osób, które ujawniły 6-7 tych objawów, trzykrotnie więcej, tj. 18% badanych. Z wcześniejszych badań autorki (Mason i wsp., 2013), obejmujących grupę pielęgniarek, wynika, że zdarzeniem, które najsilniej okazało się powiązane z objawami PTSD, jest molestowanie fizyczne i seksualne, doświadczone w dzieciństwie. Inne badania, przeprowadzone we Włoszech, a obejmujące kobiety z nadmierną masą ciała, potwierdziły dodatni związek między objawami PTSD a uzależnieniem od jedzenia (Imperatori, Innamorati i in., 2016).

# Wsparcie farmakologiczne w napadach objadania się

**Leczenie zaburzeń odżywiania powinno odbywać się przy współpracy kilku specjalistów. Pacjent powinien zostać skierowany przez lekarza na psychoterapię oraz konsultację dietetyczną.**

W pierwszej kolejności lekarz psychiatra, po zebraniu wywiadu chorobowego i przeprowadzeniu procesu diagnostycznego, powinien postawić rozpoznanie i ustalić z pacjentem dalsze leczenie. Zawsze warto rozważyć wsparcie farmakologiczne, zwłaszcza w przypadku, gdy zaburzenia odżywiania współwystępują z innymi zaburzeniami psychicznymi. Należy również pamiętać o wykluczeniu innych chorób, w których mogą występować napady objadania się (np. niektóre postacie padaczki, atypowa depresja, organiczne uszkodzenia mózgu czy też nadużywanie marihuany). Pacjent powinien także zostać skierowany na psychoterapię oraz konsultację dietetyczną. W zależności od potrzeby, w przypadku występowania powikłań somatycznych, pacjent powinien zostać objęty również opieką lekarza internisty, gastrologa czy też stomatologa.

Większość badań pokazuje, że najlepsze efekty terapeutyczne przynosi psychoterapia poznawczo-behawioralna, zwłaszcza przy wsparciu farmakoterapią oraz zastosowaniu poradnictwa dotyczącego prawidłowego odżywiania. Stosowanie samych leków w większości przypadków okazuje się mało skuteczne.

Zaburzenia odżywiania często współwystępują z innymi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza z zaburzeniami nastroju, zaburzeniami lękowymi, nadużywaniem/uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, zaburzeniami kontroli impulsów oraz zaburzeniami osobowości.

**W CELU OPANOWANIA NAPADÓW OBJADANIA SIĘ MAJĄ ZASTOSOWANE LEKI PRZECIWDEPRESYJNE Z GRUPY SSRI ORAZ TOPIRAMAT. KILKA LAT TEMU Z DOBRYM EFEKTEM LECZNICZYM BYŁA STOSOWANA SYBUTRAMINA, NIESTETY ZOSTAŁA WYCOFANA ZE WZGLĘDU NA RYZYKO POWAŻNYCH DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH. SYBUTRAMINA POWODOWAŁA ZNACZNE ZMNIEJSZENIE ILOŚCI NAPADÓW OBŻARSTWA ORAZ UMOŻLIWIAŁA REDUKCJĘ MASY CIAŁA.**

W pierwszych polskich badaniach przeprowadzonych w tym obszarze (badania własne), obejmujących grupę 101 kobiet, które doświadczyły w swoim życiu co najmniej jednego zdarzenia traumatycznego, wykazano istotny dodatni związek między liczbą doświadczonych zdarzeń i nasileniem objawów PTSD a ryzykiem jedzeniowego uzależnienia (mierzonego Skalą Zaabsorbowania Jedzeniem). Ujawniono także, że osoby, które uzyskały diagnozę uzależnienia od jedzenia (za pomocą Yale Food Addiction Scale), doświadczyły znacznie więcej zdarzeń traumatycznych (średnia = 8,0) w porównaniu z kobietami nieuzależnionymi od jedzenia (średnia = 5,8,  $p < 0,05$ ). Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic w nasileniu objawów PTSD. Należy jednak podkreślić, że grupa osób uzależnionych liczyła zaledwie 14 osób, a więc wyniki należy traktować z dużą ostrożnością.

Zaprezentowane dane mogą mieć istotne znaczenie dla praktyki. Wzrost świadomości terapeutów na temat powiązań doświadczania traumy z uzależnieniami behawioralnymi, w tym od jedzenia, może przyczynić się do zwiększenia efektywności terapii. W procesie terapii osób uzależnionych od jedzenia należałoby uwzględnić znaczenie ekspozycji na traumę i wynikających z niej negatywnych konsekwencji. Podejmowane oddziaływania powinny więc być skierowane zarówno na zmniejszenie nasilenia objawów PTSD, jak i na redukcję ryzyka uzależnienia. Szczególną uwagę należałoby zwrócić na proces poznawczego przetwarzania traumy i modyfikację dysfunkcyjnych przekonań, które leżą zarówno u podłoża rozwoju uzależnienia, jak i PTSD. Celem takiej terapii jest przede wszystkim integrowanie informacji o doświadczonych zdarzeniach z posiadanymi i ukształtowanymi wcześniej schematami poznawczymi, nadanie tym zdarzeniom sensu i znaczenia, a w konsekwencji – dopasowania się do nowej, zmienionej w wyniku doznanej traumy rzeczywistości. Najbardziej przydatna wydaje się tu terapia poznawczo-behawioralna.

Zaprezentowane zagadnienie związku między doświadczaniem traumy a ryzykiem uzależnienia od jedzenia (a także prawdopodobnie innych nałogów behawioralnych) otwiera pewien nowy obszar badawczy w Polsce. Stawia także kolejne wyzwania terapeutom pracującym z osobami uzależnionymi.

## Bibliografia

APA – American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition). Washington, DC. Gearhardt A.N., Corbin W.R., Brownell K.D. (2012). Yale Food Addiction Scale (YFAS). Measurement instrument database for the social science. [www.midss.ie](http://www.midss.ie) Grzegorzewska I., Cierpiatowska L. (2018). *Uzależnienia behawioralne*. Warszawa: Wydawnictwo PWN. (Pełna bibliografia: [www.stwiatproblemow.pl](http://www.stwiatproblemow.pl))

**Nina Ogińska-Bulik**

Psycholog, profesor zwyczajny, kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego



## Doświadczenia z gabinetu lekarza i psycho- terapeuty

Wszyscy pacjenci, którzy zgłaszali się do mnie z napadami objadania się, mieli współistniejące inne zaburzenie psychiczne. Jedna z pacjentek została skierowana do mnie przez psychoterapeutkę, gdyż pomimo kilkuletniej terapii oraz korzystania z porad dietetyka, nadal nie radziła sobie z napadami objadania się. W ciągu dnia pacjentka odżywiała się regularnie i racjonalnie, ale gdy nadchodził wieczór, nie radziła sobie z kompulsywnym objadaniem. Pacjentka od kilku lat zmagала się z zaburzeniami odżywiania, przy czym jej masa ciała w ciągu ostatnich 10 lat wzrosła o około 20 kg. Po napadach objadania się pacjentka myślała o sobie w negatywny sposób oraz obwiniła się za swoje zachowanie. Kilka lat wcześniej przeszła operację kręgosłupa, więc tym bardziej w jej przypadku było wskazane utrzymanie prawidłowej masy ciała. U pacjentki, oprócz zaburzeń odżywiania, rozpoznano także epizod łagodnej depresji oraz zaburzenia lękowe uogólnione. Po kilku miesiącach leczenia fluoksetyną w maksymalnej dawce – 30 mg na dobę – uzyskano ustąpienie napadów objadania się, poprawę stanu psychicznego oraz utrzymanie dotychczasowej masy ciała.

Inna pacjentka, która również była leczona fluoksetyną w dawce 30 mg na dobę z powodu zespołu napadowego objadania się i zaburzeń depresyjno-lękowych mieszanych, w ciągu trzech miesięcy schudła ze 103 kg do 90 kg, przy wzroście 168 cm. Dzięki leczeniu uzyskano ustąpienie objawów depresyjnych i lękowych oraz znaczne zmniejszenie apetytu. Pacjentka nie korzystała z pomocy psychoterapeutycznej, chociaż miała to zalecone przez psychiatrę.

Kolejna pacjentka, która od kilku lat również miała zespół napadowego objadania się oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, podjęła leczenie z powodu wystąpienia u niej epizodu umiarkowanej depresji oraz zaburzeń lękowych uogólnionych. Leczenie fluoksetyną, w dawkach 50 mg na dobę, nie spowodowało zmniejszenia apetytu oraz poprawy stanu psychicznego. Po zaordynowaniu citalopramu w dawce 40 mg na dobę, uzyskano ustąpienie napadów

kompulsywnego objadania się oraz wyrównanie nastroju, normalizację napędu psychoruchowego i zredukowanie nasilenia objawów nerwicowych. Pacjentka regularnie korzystała ze wsparcia psychoterapeuty i dietetyka oraz stosowała dietę, wskutek czego w ciągu roku schudła 20 kg.

**CZASAMI, POMIMO STOSOWANIA LEKÓW Z GRUPY SSRI, NIE UZYSKUJE SIĘ ZADOWALAJĄCEJ POPRAWY W ZAKRESIE ZABURZEŃ ODŻYWIANIA. WTEDY WSKAZANE JEST DOŁĄCZENIE DO LECZENIA NP. TOPIRAMATU, CZYLI LEKU PRZECIWPADACZKOWEGO, KTÓRY POSIADA REKOMENDACJĘ AMERYKAŃSKIEJ AGENCJI LEKÓW FDA DO LECZENIA NAPADÓW OBJADANIA SIĘ.**

Inna z moich pacjentek, która z powodu bulimii psychicznej i zaburzeń depresyjno-lękowych mieszanych otrzymywała fluoksetynę w dawce 60 mg na dobę oraz korzystała z pomocy psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego i pomimo stosowania wysokich dawek leku – nadal miała wieczorne napady objadania się, po których prowokowała wymioty, co skutkowało u niej uszkodzeniami szkliwa, obrzękiem twarzy oraz ślinianek przyusznych i podżuchwowych. Wówczas zmieniono jej lek na sertralinę, czyli inny lek z grupy SSRI. Pod wpływem sertraliny zmniejszyło się nasilenie objawów depresyjno-lękowych, nadal jednak nie uzyskano poprawy w zakresie zaburzeń odżywiania. Dopiero włączenie do leczenia topiramatu w dawce 2 x 25 mg spowodowało normalizację apetytu, wyeliminowanie wymiotów oraz podjęcie racjonalnych zachowań żywieniowych.

Niestety u części pacjentów topiramat może powodować znaczne zmniejszenie apetytu, do jadłowstrętu włącznie. U jednej z moich pacjentek z zespołem napadowego objadania się, po zastosowaniu topiramatu w minimalnej dawce 25 mg na dobę doszło do znacznego zmniejszenia się apetytu, ale dodatkowo pojawiły się wymioty, które uniemożliwiły stosowanie tego preparatu.

Zaburzenia odżywiania powodują pogorszenie jakości życia, wpływają negatywnie na stan psychiczny chorego oraz skutkują powstawaniem powikłań somatycznych, dlatego tak ważna jest znajomość tematu dla osób zajmujących się pomocą, aby wiedzieć, jaką formę oddziaływać leczniczych czy terapeutycznych zastosować u osoby z podobnymi problemami.

### Bibliografia

- Fairburn Ch.G., *Jak pokonać objadanie się*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2014.  
Morrison J., *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik klinicystów*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2016.  
Pużyński S., Rybakowski J., Wiórka J. (red.), *Psychiatria*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.

**Anna Kania-Żak**

Lekarz psychiatra, specjalista psychoterapii uzależnień

