

Niespecyficzne zaburzenia odżywiania się – subiektywny przegląd

Nonspecific eating disorders – a subjective review

Aneta Michalska, Natalia Szejko, Andrzej Jakubczyk, Marcin Wojnar

Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM

Summary

Aim. The aim of this paper was to characterise nonspecific eating disorders (other than anorexia nervosa and bulimia nervosa).

Method. The Medline database was searched for articles on nonspecific eating disorders. The following disorders were described: binge eating disorder (BED), pica, rumination disorder, avoidant/restrictive food intake disorder, night eating syndrome (NES), sleep-related eating disorder (SRED), bigorexia, orthorexia, focusing on diagnosis, symptoms, assessment, comorbidities, clinical implications and treatment.

Results. All of the included disorders may have dangerous consequences, both somatic and psychological. They are often comorbid with other psychiatric disorders. Approximately a few percent of general population can be diagnosed with each disorder, from 0.5–4.7% (SRED) to about 7% (orthorexia). With the growing literature on the subject and changes in DSM-5, clinicians recognise and treat those disorders more often.

Conclusions. More studies have to be conducted in order to differentiate disorders and treat or prevent them appropriately.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania się, DSM-5

Key words: eating disorders, DSM-5

Wstęp

Zaburzenia odżywiania się są opisywane coraz częściej. Podczas gdy klinicyści diagnozują i leczą jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa – AN) oraz żarłoczość psychiczną (bulimia nervosa – BN) stosunkowo często, istnieją także inne, tzw. niespecyficzne zaburzenia odżywiania się. Mimo że mogą wydawać się one rzadkie,

zadziwiający jest, jak dużej ilości osób dotyczy. Co więcej, mniej znane zaburzenia także mogą mieć niebezpieczne konsekwencje, mogą prowadzić do AN lub BN oraz współwystępować z innymi zaburzeniami i chorobami psychicznymi, takimi jak depresja i zaburzenia lękowe. Bez względu na to, że niektórzy kwestionują zmiany w klasyfikacji DSM-5 (wyodrębnianie coraz większej ilości zaburzeń), istnieje potrzeba zadawania szczegółowych pytań dotyczących nawyków żywieniowych pacjentów.

Cel

Celem przedstawianej pracy było scharakteryzowanie niespecyficznych zaburzeń odżywiania się w kontekście zmian w DSM-5. Opisane zostały: napady objadania się, pica, zespół przeżuwania, unikanie/ograniczenie przyjmowania pokarmów, zespół jedzenia nocnego, zaburzenie odżywiania się związane ze snem, bigoreksja i ortoreksja. Wybraliśmy zaburzenia, w naszej opinii, najciekawsze i najistotniejsze z punktu widzenia praktyki klinicznej. Skupiliśmy się na zaburzeniach, które zmieniły swoją pozycję w DSM-5 w porównaniu z poprzednimi edycjami. Nie wszystkie z nich są jednak klasyfikowane jako zaburzenia odżywiania się, a niektóre są nawet pominięte w DSM-5.

Material i metoda

Przeszukaliśmy bazę Medline w kierunku artykułów dotyczących niespecyficznych zaburzeń odżywiania się. Wykorzystane zostały w tym celu następujące terminy: napady objadania się (binge-eating disorder – BED), pica, zespół przeżuwania (rumination syndrome – RD), unikanie/ograniczenie przyjmowania pokarmów (avoidant/restrictive food intake disorder – ARFID), zespół jedzenia nocnego (night eating syndrome – NES), zaburzenie odżywiania się związane ze snem (sleep-related eating disorder – SRED), bigoreksja oraz ortoreksja. Do wymienionych słów dodane zostały „DSM-5” oraz „leczenie” w tytule. Piśmiennictwa znalezionych artykułów również zostały przeanalizowane. Korzystaliśmy z artykułów, które spełniały poniższe kryteria: 1) prace pogładowe 2) retrospektywne i prospektywne badania, a także doniesienia kliniczne dotyczące epidemiologii, czynników ryzyka, a także terapii. Wyłączyliśmy nieopublikowane badania, abstrakty z wystąpień konferencyjnych, dysertacje.

Napady objadania się

Napady objadania się definiowane są jako nawracające epizody spożywania znacznie większych ilości pokarmów niż większość ludzi w podobnych okolicznościach, szybciej, z poczuciem utraty kontroli [1]. Epizody te występują co najmniej raz w tygodniu przez trzy miesiące. Chorzy jedzą wtedy nawet pomimo braku uczucia głodu, aż do wystąpienia dyskomfortu. Napady zdarzają się zazwyczaj w samotności, a pacjenci starają się ukrywać swoje zachowania przed innymi. DSM-5 uwzględnił BED jako formalną jednostkę chorobową.

Zaburzeniu temu towarzyszy poczucie winy, wstydu, odrazy, niskiej samooceny, stresu, znudzenia, braku kontroli. Do współwystępujących z BED zaburzeń psychicznych należą: choroba afektywna jednobiegunowa, zespół lęku uogólnionego, lęk paniczny, a także próby samobójcze w wywiadzie [2]. Ponadto wystąpić mogą powikłania somatyczne, takie jak wysokie ciśnienie tętnicze czy choroba niedokrwienna serca. Związane są one najczęściej z otyłością, która dotyczy nawet do 70% chorych [2]. Biorąc powyższe pod uwagę, wskazane są współpraca pomiędzy specjalistami oraz interdyscyplinarne podejście do diagnostyki i leczenia BED.

BED mogą być nawet powszechniejsze od anoreksji i bulimii. Według Hudsona ich rozpowszechnienie wynosi 2% wśród mężczyzn i 3,5% wśród kobiet [3]. Napady objadania się mogą być jednak częstsze w określonych populacjach, np. podaje się, że dotyczą 29% osób leczących się z powodu nadwagi [4]. BED jest częściej spotykane wśród dorosłych, choć jego początek zwykle przypada na wiek ok. 20 lat [3].

Nieznane są przyczyny, ale do czynników zwiększających ryzyko zachorowania należą: czynniki rodzinne, niezależne od otyłości, takie jak niezidentyfikowane wciąż w pełni geny [3], oraz czynniki psychologiczne, związane przeważnie z nadwagą. Ważne jest różnicowanie BED z BN oraz przejadaniem się. W omawianym zaburzeniu nie występują zachowania kompensacyjne. Głównym jego objawem jest utrata kontroli nad spożywaniem pokarmów, a nie przywiązywanie wagi do masy ciała i wyglądu. W związku z tym można dyskutować, czy przynależy ono do zaburzeń odżywiania się, czy raczej do zaburzeń nawyków i popędów.

W leczeniu uwzględnić należy grupy samopomocy, psychoterapię (głównie behawioralno-poznawczą, ale także interpersonalną i dialektyczno-behawioralną), redukcję masy ciała oraz farmakoterapię: leki przeciwdepresyjne (zwłaszcza SSRI) lub topiramat. Brownley po analizie 26 badań z randomizacją doszedł do wniosku, że SSRI redukują częstość objadania się, masę ciała i objawy psychiatryczne; topiramat i sibutramina są również obiecującymi opcjami leczenia, a terapia poznawczo-behawioralna poprawia stan psychiczny i zmniejsza ilość epizodów, ale nie wpływa na spadek masy ciała. Według tego autora dane dotyczące leczenia BED nie są spójne [5].

Pica, zespół przeżuwania, unikanie/ograniczanie przyjmowania pokarmów

Opisana po raz pierwszy przez Hipokratesa pica była dotychczas diagnozowana prawie wyłącznie wśród dzieci. Rozpoznawanie jej bez względu na wiek rozpoczęło się po wyeliminowaniu kategorii „zaburzenia odżywiania się w niemowlęctwie i dzieciństwie” w DSM-5. W ICD-10 mieści się ona w „innych zaburzeniach odżywiania się”. Polega na powtarzonym spożywaniu przedmiotów niejadalnych, nieodżywczych [1]. Zachowanie to musi trwać co najmniej miesiąc oraz nie być akceptowalne kulturowo (np. nie definiuje się tak powszechnego w Afryce spożywania gliny).

Pica pochodzi od łacińskiej nazwy sroki, ptaka znanego z kradzieży niejadalnych przedmiotów. Jej typy zależą od preferowanej substancji. Są to m.in. amylofagia (konsumpcja skrobi), koprofagia (kału), geofagia (ziemi), hialofagia (szkła), litofagia (kamieni), mukofagia (wydzielin z nosa), pagofagia (lodu), trichofagia (włosów, zwy-

kle jako powikłanie trichotillomanii – niemożności powstrzymania się od wyrwania włosów), ksylofagia (drewna).

Pica może mieć somatyczne podłoże, takie jak niedobór żelaza (zwłaszcza u kobiet w ciąży). Może być związana ze schizofrenią [6], zaburzeniami ze spektrum autyzmu [7], upośledzeniem umysłowym [8]. Sugeruje się, że należy ona do zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD), ponieważ jedzenie jest tu zachowaniem powtarzanym, egodystonicznym, natrętnym [9]. Tak jak inne zaburzenia OCD, dobrze odpowiada na leczenie SSRI [9]. Z drugiej strony niektóre przypadki mogą być opisywane jako zaburzenie kontroli impulsów [9]. Mimo że dokładna etiologia zaburzenia nie jest znana, sugeruje się rolę głodu, niedoborów żywieniowych, problemów żołądkowo-jelitowych i wrażliwości na patogeny [10].

Trudno jest oszacować rozpowszechnienie tego zaburzenia w populacji ogólnej. Istnieją jednak badania dotyczące poszczególnych grup ryzyka, tj. 1,3% osób leczonych z powodu zaburzeń odżywiania się [11], 21,8% osób z niepełnosprawnością intelektualną [12], 48% dzieci z autyzmem [7].

Pica często powoduje problemy w codziennym funkcjonowaniu. Może także skutkować niebezpiecznymi konsekwencjami somatycznymi, takimi jak wrzody żołądka, perforacje lub niedrożność przewodu pokarmowego, infekcje, anemia, zaburzenia elektrolitowe, a nawet zatrucia. Współpraca pomiędzy specjalistami (psychiatrami, lekarzami rodzinnymi, chirurgami, gastroenterologami) jest niezbędna, ponieważ pica może wynikać z poddających się leczeniu chorób internistycznych, a także mieć powikłania somatyczne, wymagające nagłej interwencji.

W przypadkach gdy pica jest wtórna do innego zaburzenia, wskazane jest leczenie choroby podstawowej. W niektórych przypadkach zaleca się psychoterapię. Dodatkowo, tak jak w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych, stosuje się inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny, takie jak sertralina i fluoksetyna [13].

Zespół przeżuwania jest kolejnym zaburzeniem, które obecnie rozpoznaje się u osób w różnym wieku. Objawia się powtarzanym cofaniem pokarmu z żołądka do jamy ustnej, utrzymującym się przez przynajmniej miesiąc. Zachowanie to nie wynika z chorób lub wad przewodu pokarmowego. Nie jest też związane wyłącznie z anoreksją, bulimią lub innym zaburzeniem odżywiania się. Skutkuje problemami psychologicznymi oraz somatycznymi (takimi jak niedożywienie i choroby jamy ustnej) [11]. Rozpowszechnienie nie jest dokładnie znane. Uważa się, że występuje częściej w niektórych populacjach, np. dotyczy 5–10% osób z zaburzeniami rozwojowymi [14].

Unikanie/ograniczanie przyjmowania pokarmów zastąpiło w DSM-5 zaburzenia odżywiania się w niemowlęctwie i dzieciństwie. Diagnoza może być też postawiona u osób, u których zaburzenie utrzymuje się w dorosłości, a unikanie bądź ograniczanie pokarmów nie towarzyszy zaburzeniom o typie anoreksji lub bulimii.

Zespół jedzenia nocnego, zaburzenie odżywiania się związane ze snem

Zespół jedzenia nocnego to wieczorna żarłoczność, która wiąże się z brakiem porannego łaknienia [15]. Według proponowanych kryteriów epizody muszą zdarzać się przynajmniej dwa razy w tygodniu przez trzy miesiące [15]. 25% lub więcej dziennego

spożycia pokarmów przyjmowane jest po wieczornym posiłku. Ponadto NES nie jest wtórny do innych zaburzeń psychicznych, schorzeń ogólnomedycznych, używania substancji psychoaktywnych lub leków [15]. Chorzy z NES, w przeciwieństwie do osób z zaburzeniem odżywiania się związanym ze snem, są świadomi przyjmowania pokarmów i pamiętają tę czynność. NES zwykle powoduje dyskomfort, problemy w codziennym funkcjonowaniu, obniżenie nastroju, zaburzenia snu. Pacjenci odczuwają utratę kontroli i natrętną potrzebę jedzenia do tego stopnia, że nie są w stanie zasnąć bez uprzedniego spożycia dodatkowego posiłku [15]. Sen nie jest efektywny, pacjenci często wybudzają się podczas snu NREM [16].

Szacuje się, że NES może występować u około 1,5% populacji ogólnej [17]. Odsetek ten jest większy w niektórych grupach, przykładowo: u osób, które się obecnie odchudzają – 4,3% [18], u leczonych psychiatrycznie w trybie ambulatoryjnym – 12,3% [19], u osób z otyłością II i III stopnia – 10,1% [20]. Typowo rozpoczyna się u młodych dorosłych. U pacjentów z NES istnieje 4,9 raza większe ryzyko rozpoznania go wśród krewnych pierwszego stopnia [19], co świadczy o możliwości predyspozycji genetycznej. Mężczyźni i kobiety chorują równie często [21]. Chociaż przyrost masy ciała nie występuje u wszystkich, wykazano, że wyższe BMI wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia NES [18]. Współchorobowość obejmuje inne zaburzenia odżywiania się (25% w badaniu Lundgrena i wsp.) [22], depresję [23], bezsenność [24], szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych [19]. NES należy różnicować z bulimią, BED oraz z zaburzeniami odżywiania się związanymi ze snem.

Niektóre badania sugerują, że NES spowodowane jest przez opóźnienie okołodobowego rytmu przyjmowania pokarmów przy prawidłowym rytmie snu i czuwania [25]. Takie nawyki żywieniowe mogą wynikać też z braku kontroli nad zachowaniami. NES może mieć podłoże serotoninerгіczne, ponieważ wykazano zwiększoną aktywność transporterów serotoninowych w śródmózgowiu [26]. Nocne jedzenie może też skutkować zmianami w poziomie hormonów. Według jednego z badań poziom greliny, hormonu hamowanego przez przyjmowanie pokarmów, jest istotnie niższy w porównaniu z grupą kontrolną zdrowych, podczas gdy odwrotna zależność obserwowana jest w przypadku poziomu insuliny [27].

Tak jak w przypadku innych zaburzeń odżywiania się, kluczową rolę w leczeniu NES odgrywa pomoc psychologiczna i psychoterapia. Dodatkowo można skorzystać z farmakoterapii. Wykazano istotną poprawę w zakresie objawów NES po stosowaniu sertraliny [28]. Opisano też przypadek skutecznego leczenia topiramatem [29]. Korzyści może także przynosić melatonina [30]. Niemniej jednak potrzebne jest przeprowadzenie dalszych badań nad patogenезą oraz możliwościami leczenia omawianego zaburzenia.

Warto wspomnieć także o zaburzeniu odżywiania się związanym ze snem, klasyfikowanym jako parasomnia NREM. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Snu charakteryzuje się nawracającymi epizodami nieświadomego jedzenia podczas snu nocnego, powodującymi problemy zdrowotne, zwykle związane z nadwagą. Epizody, w przeciwieństwie do NES, są niezamierzone, następują po zaśnięciu, a chorzy nie pamiętają ich następnego dnia. Pacjenci są nadmiernie skupieni na swojej masie ciała, ale nie występują tu zachowania kompensacyjne [31]. Inne objawy to: brak porannego łaknienia, bezsenność, urazy spowodowane niebezpiecznymi zachowaniami podczas

snu i czasami spożywanie niejadalnych przedmiotów [31, 32]. Zaburzeniu mogą towarzyszyć choroby afektywne [33], zaburzenia lękowe [34], szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych [35], zaburzenia odżywiania się. Do współwystępujących zaburzeń snu należą somnambulizm [32] i zespół niespokojnych nóg [36]. SRED może powodować otyłość [34] i wszystkie konsekwencje z nią związane, takie jak cukrzyca typu 2.

Rozpowszechnienie tego zaburzenia w populacji ogólnej szacuje się na 0,5–4,7% [33, 34]. Odsetek ten jest większy wśród osób z innymi zaburzeniami odżywiania się – według jednego z badań: 16,7% pacjentów leczących się z ich powodu na oddziałach stacjonarnych [33]. W badaniu Winkelmana i wsp. 26% osób z zaburzeniami związanymi ze snem miało krewnego pierwszego stopnia z tym samym zaburzeniem [32]. Nieznana jest dokładna przyczyna SRED, ale sugeruje się rolę dysfunkcji układu dopaminergicznego [37]. Niektóre leki (np. zolpidem) mogą dawać objawy niepożądane w postaci tego zaburzenia [38].

Badano kilka leków, by zastosować je w SRED jako uzupełnienie psychoterapii. Według jednego z badań redukuje jego objawy pramipeksol [39]. Wykazano też skuteczność topiramatu [40]. Ponadto niezbędne jest leczenie współwystępujących zaburzeń psychicznych oraz zabezpieczenie otoczenia chorego, by uniemożliwić urazy w trakcie ewentualnego wstawania i przygotowywania.

Bigoreksja

Bigoreksja, nazywana także mięśniową dysmorfia, jest aktualnym problemem, szczególnie ze względu na popularyzację kulturystyki, nadmierne zainteresowanie wyglądem wiążące się z włączeniem specjalnych ograniczeń dietetycznych, uprawianie sportu, głównie prowadzącego do wzrostu masy mięśniowej, i wprowadzenia suplementów diety, jak również leków ułatwiających pracę nad sylwetką. Problem ten jest ważny, ponieważ zaburzenia odżywiania się wśród mężczyzn, a ich najczęściej dotyczy bigoreksja, są zjawiskiem pomijanym zarówno przez społeczeństwo, jak i samych lekarzy. Według klasyfikacji DSM-5 dysmorfia mięśniowa może być wariantem BDD (dysmorfofobii), w którym pojawia się nacisk na niedostateczną ilość tkanki mięśniowej [1].

Bigoreksja jest promowana przez współczesną kulturę, a także w środowisku sportowym. Szacuje się, iż problem ten dotyczy około 10% kulturystów [41]. Pojęcie to, wprowadzone przez Pope'a, Katza i Hudsona, zostało przez nich opisane jako odwrotna anoreksja, gdyż wiąże się z chęcią przyrostu masy ciała, a nie jej zmniejszenia. Warto jednak zwrócić uwagę na wyższy odsetek poprzedzających epizodów anoreksji u pacjentów z bigoreksją oraz cechą wspólną tych zaburzeń: redukcję tkanki tłuszczowej na rzecz tkanki mięśniowej. Co więcej, AN i bigoreksja mogą być postrzegane jako zaburzenia związane z poczuciem nadmiernej kontroli nad sobą, manifestujące się inaczej u mężczyzn i kobiet. Zgodnie z naszą wiedzą podobieństwa te wciąż nie zostały dostatecznie wytłumaczone i opisane.

Pope i wsp. opracowali też kryteria diagnostyczne tej jednostki chorobowej [42]:

- skupienie się na własnym wyglądzie zewnętrznym, zwłaszcza masie ciała, i dążenie do jego poprawy (ograniczenia dietetyczne, nadmierne uprawianie sportów),
- zaniebywanie norm społecznych w celu przestrzegania ograniczeń oraz utrzymania masy ciała,
- unikanie sytuacji, w których ciało jest szczególnie podatne na ocenę społeczną (plaże, baseny),
- kontynuowanie ograniczeń dietetycznych, nadmiernych ćwiczeń oraz włączenie leków pomimo negatywnych konsekwencji tych działań.

Dla lekarzy praktyków istotne są działania niepożądane stosowanych leków, szczególnie steroidów anabolicznych, do których najważniejszych skutków ubocznych zalicza się: podwyższony poziom cholesterolu, rozrost gruczołu krokowego, trądzik, ginekomastię oraz atrofię jąder [43]. Ponadto Pope i wsp. podkreślają, że nagłe odstawienie steroidów może prowadzić do depresji. W terapii bigoreksji należy zwrócić uwagę na wykorzystanie psychoterapii [44].

Ortoreksja

Ortoreksja to nadmierne zwracanie uwagi na zdrową dietę, a jej częstość ocenia się na 7% w ogólnej populacji. Częściej występuje wśród mężczyzn [45]. Jest to niedoceniany, ale istotny problem. Mężczyźni rzadziej niż kobiety szukają pomocy z powodu zaburzeń odżywiania się, co sprawia, że ortoreksja jest niewystarczająco często diagnozowana i leczona.

Pojęcie to zostało wprowadzone przez Bratmana w 1997 roku i nadal nie jest do końca jasne, czy ortoreksja należy do spektrum zaburzeń odżywiania się, czy zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Rozpoznanie stawiane jest gdy pacjent poświęca całą swoją aktywność na planowanie diety i zdrowego trybu życia, ignorując pracę oraz życie towarzyskie. Bratman podkreślił także, że ortoreksja jest związana z określonym wzorcem reakcji emocjonalnych i typem osobowości, zwłaszcza poczuciem kontroli nad życiem osiąganym poprzez restrykcyjną dietę. Wysoka częstość występowania zaburzenia jest skutkiem promocji tendencji epoki postmodernizmu: skoncentrowania się na wyglądzie zewnętrznym oraz wzrastającym zainteresowaniu zdrowiem. Skupienie się na zagadnieniach zdrowia stanowi tendencję pozytywną, jednak w przypadku poświęcenia całości aktywności wyłącznie dbaniu o zdrowie może być interpretowane jako oznaka skłonności anankastycznych. Restrykcje dietetyczne stosowane w ortoreksji prowadzą przede wszystkim do niedoborów żywieniowych, a wtórnie także do ograniczeń o charakterze społecznym.

Podobnie jak w przypadku innych niespecyficznych zaburzeń odżywiania się, kryteria diagnostyczne ortoreksji nie są ściśle określone. Według Bratmana i Knighta pacjent powinien odpowiedzieć pozytywnie na co najmniej cztery z 10 pytań [46]:

1. Czy myśli na temat zdrowej diety zajmują Ci więcej niż 3 godz. dziennie?
2. Czy planujesz swoje posiłki dzień wcześniej?

3. Co jest dla Ciebie ważniejsze: to, co jesz, czy przyjemność, którą czerpiesz z jedzenia?
4. Czy jakość Twojego życia obniżyła się po wprowadzeniu zdrowej diety?
5. Czy jesteś coraz bardziej restrykcyjny/a w ograniczeniach dietetycznych?
6. Czy jesteś w stanie poświęcić przyjemność z jedzenia na rzecz utrzymania zdrowej diety?
7. Czy Twoje poczucie wartości wzrasta, gdy jesz zdrowo? Czy pogardzasz osobami, które nie utrzymują zdrowej diety?
8. Czy odczuwasz poczucie winy, gdy złamiesz restrykcje?
9. Czy uważasz, że Twoja dieta wpłynęła negatywnie na Twoje kontakty społeczne?
10. Czy czujesz, iż całkowicie kontrolujesz swoje życie, gdy jesz właściwie?

Niedawno opracowano bardziej restrykcyjne i dokładne kryteria diagnostyczne tego zaburzenia [45]. Do najważniejszych punktów zalicza się: obecność cech obsesyjno-kompulsyjnych, przesadną koncentrację na zdrowej diecie, stałość zachowań dietetycznych, negatywny wpływ na jakość życia.

Istotne jest, by pamiętać także o dyskusjach dotyczących klasyfikacji ortoreksji. Janas-Kozik i wsp. zwrócili uwagę na cechy wspólne ortoreksji i anoreksji, tj. obecność rytuałów związanych z jedzeniem, skupienie się na odżywianiu, surowe przyzwyczajenia dietetyczne oraz zależność samooceny od kontroli nad dietą. Jednak wśród pacjentów z ortoreksją rzadkością jest stwierdzenie niskiego BMI. Z drugiej strony osoby na nią cierpiące prezentują nadmierną koncentrację na jedzeniu i wprowadzają rytuały organizujące ich życie codzienne, może być więc zaliczana do OCD, jednak w przeciwieństwie do nich ortoreksja obejmuje zachowania egosyntoniczne, a nie egodystoniczne [47].

Dotychczas nie ma badań potwierdzających skuteczność jakichkolwiek interwencji w tym zaburzeniu, ale sugerowane jest zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej połączonej z leczeniem farmakologicznym przy użyciu SSRI lub olanzapiny [48, 49].

Wnioski

Zaprezentowane niespecyficzne zaburzenia odżywiania się mają zarówno pewne cechy wspólne, jak i różnice. Pica, zespół przeżuwania, unikanie/ograniczenie przyjmowania pokarmów i BED są klasyfikowane w DSM-5 jako oddzielna kategoria. NES jest natomiast określane jako „inne określone zaburzenia odżywiania”. SRED, ortoreksja i bigoreksja nie są w ogóle ujęte w DSM-5. Wszystkie uwzględnione zaburzenia odżywiania się mogą mieć niebezpieczne konsekwencje, zarówno somatyczne, jak i psychiatryczne. Często również współwystępują z innymi zaburzeniami psychicznymi. Objawy niespecyficznych zaburzeń odżywiania się mogą się nakładać, więc diagnostyka różnicowa jest szczególnie trudna, ponadto podobieństwa i częściowe pokrywanie się objawów sprawiają, że można zadawać sobie pytanie, czy są to odrębne jednostki nozologiczne, czy warianty jednego bądź dwóch zaburzeń. Kolejną trudność sprawia określenie częstości występowania tych zaburzeń. Każde z nich można zdiagnozować u kilku procent populacji ogólnej, od 0,5–4,7% (SRED) do ok.

7% (ortoreksja). Najwięcej kłopotów stwarzają nadal kryteria diagnostyczne. Istotne jest różnicowanie zaburzeń między sobą, a także z AN, BN oraz innymi chorobami psychiatrycznymi i somatycznymi.

Uwzględnienie tych zaburzeń w DSM-5 sugeruje ich wpływ na jakość życia. Zmiany w klasyfikacji są jednak przez niektórych kwestionowane, jako mogące prowadzić do nadrozpoznowalności. Zaburzenia dotychczas niesklasyfikowane zostały opisane z powodu ich znaczącego wpływu na funkcjonowanie społeczne i wzrastające zainteresowanie środowiska naukowego. Uważamy, że zagadnienie niespecyficznych zaburzeń odżywiania się wymaga dalszych badań, które staną się pomocne w ich rozpoznawaniu i leczeniu.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Gruzca RA, Przybeck TR, Cloninger CR. *Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample*. *Compr. Psychiatry* 2007; 48(2): 124–131.
3. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr., Kessler RC. *The prevalence and correlates of eating disorders in National Comorbidity Survey Replication*. *Biol. Psychiatry* 2007; 61(3): 348–358.
4. Spitzer RL, Yanofsky S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A. i wsp. *Binge eating disorder: its further validation in a multisite study*. *Int. J. Eat. Disord.* 1993; 13(2): 137–153.
5. Brownley KA, Berkman ND, Sedway JD, Lohr KN, Bulik CM. *Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials*. *Int. J. Eat. Disord.* 2007; 40(4): 337–348.
6. Dumaguing NI, Singh I, Sethi M, Devanand DP. *Pica in the geriatric mentally ill: unrelenting and potentially fatal*. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* 2003; 16(3): 189–191.
7. Clark B, Vandermeer B, Simonetti A, Buka I. *Is lead a concern in Canadian autistic children?* *Paediatr. Child Health* 2010; 15(1): 17–22.
8. Martindale JL, Bunker CJ, Noble VE. *Ingested foreign bodies in a patient with pica*. *Gastroenterol. Hepatol.* 2010; 6(9): 582–584.
9. Stein DJ, Bouwer C, van Heerolen B. *Pica and obsessive-compulsive spectrum disorders*. *S. Afr. ed. J.* 1996; 86(12 supl.): 1586–1588, 1591–1592.
10. Young SL, Wilson MJ, Miller D, Hillier S. *Toward a comprehensive approach to the collection and analysis of pica substances, with emphasis on geophagic materials*. *PLoS ONE* 2008; 3(9): e3147.
11. Delaney CB, Eddy KT, Hartmann AS, Becker AE, Murray HB, Thomas JJ. *Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity*. *Int. J. Eat. Disord.* 2015; 48(2): 238–248.
12. Ashworth M, Hirdes JP, Martin L. *The social and recreational characteristics of adults with intellectual disability and pica living in institutions*. *Res. Dev. Disabil.* 2009; 30(3): 512–520.
13. Gundogar D, Demir SB, Eren I. *Is pica the spectrum of obsessive-compulsive disorders?* *Gen. Hosp. Psychiatry* 2003; 25(4): 293–294.
14. Gravestock S. *Eating disorders in adults with intellectual disability*. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2000; 44(Pt 6): 625–637.

15. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Geliebter A, Gluck ME, Vinai P. i wsp. *Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome*. Int. J. Eat. Disord. 2010; 43(3): 241–247.
16. Miyaoka T, Yasukawa R, Tsubouschi K, Miura S, Shimizu Y, Sukegawa T. i wsp. *Successful treatment of nocturnal eating/drinking syndrome with selective serotonin reuptake inhibitors*. Int. Clin. Psychopharmacol. 2003; 18(3): 175–177.
17. Rand CS, Macgregor AM, Stunkard AJ. *The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients*. Int. J. Eat. Disord. 1997; 22(1): 65–69.
18. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. *Night eating syndrome and nocturnal snacking: association with obesity, binge eating and psychological distress*. Int. J. Obesity 2007; 31(11): 1722–1730.
19. Lundgren JD, Allison KC, Stunkard AJ. *Familial aggregation in the night eating syndrome*. Int. J. Eat. Disord. 2006; 39(6): 516–518.
20. Calugi S, Grave RD, Marchesini G. *Night eating syndrome in class II-III obesity: metabolic and psychopathological features*. Int. J. Obes. 2009; 33(8): 899–904.
21. Allison KC, Crow SJ, Reeves RR, West DS, Foreyt JP, DiLillo JG. i wsp. *Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes*. Obesity 2007; 15(5): 1287–1293.
22. Lundgren JD, McCune A, Spresser C, Harkins P, Zolton L, Mandal K. *Night eating patterns of individuals with eating disorders: Implications for conceptualizing the night eating syndrome*. Psychiatry Res. 2011; 186(1): 103–108.
23. de Zwaan M, Roerig DB, Crosby RD, Karaz S, Mitchell JE. *Nighttime eating: a descriptive study*. Int. J. Eat. Disord. 2006; 39(3): 224–232.
24. Eiber R, Friedman S. *Correlation between eating disorders and sleep disturbances*. Encephale 2001; 27(5): 429–434.
25. Goel N, Stunkard AJ, Rogers NL, Van Dongen HP, Allison KC, O'Reardon JP. i wsp. *Circadian rhythm profiles in women with night eating syndrome*. J. Biol. Rhythms 2009; 24(1): 85–94.
26. Lundgren JD, Newberg AB, Allison KC, Wintering NA, Ploessl K, Stunkard AJ. *I-ADAM SPECT imaging of serotonin transporter binding in patients with night eating syndrome: a preliminary report*. Psychiatry Res. 2008; 162(3): 214–220.
27. Allison KC, Ahima RS, O'Reardon JP, Dinges DF, Sharma V, Cummings DE. i wsp. *Neuroendocrine profiles associated with energy intake, sleep, and stress in the night eating syndrome*. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2005; 90(11): 6214–6217.
28. O'Reardon JP, Stunkard AJ, Allison KC. *Clinical trial of sertraline in the treatment of night eating syndrome*. Int. J. Eat. Disord. 2004; 35(1): 16–26.
29. Cooper-Kazaz R. *Treatment of night eating syndrome with topiramate: dawn of a new day*. J. Clin. Psychopharmacol. 2012; 32(1): 143–145.
30. Milano W, De Rosa M, Milano L, Capasso A. *Agomelatine efficacy in the night eating syndrome*. Case Rep. Med. 2013; 2013: 867650.
31. American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders: diagnostic and coding manual*. 3rd ed. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
32. Winkelman JW. *Clinical and polysomnographic features of sleep-related eating disorder*. J. Clin. Psychiatry 1998; 59(1): 14–19.
33. Winkelman JW, Herzog DB, Fava M. *The prevalence of sleep-related eating disorder in psychiatric and non-psychiatric populations*. Psychol. Med. 1999; 29(6): 1461–1466.
34. Schenck CH, Hurwitz TD, Bundie SR, Mahowald MW. *Sleep-related eating disorders: polysomnographic correlates of a heterogeneous syndrome distinct from daytime eating disorders*. Sleep 1991; 14(5): 419–431.

35. Schenck CH, Hurwitz TD, O'Connor KA, Mahowald MW. *Additional categories of sleep-related eating disorders and the current status of treatment*. Sleep 1993; 16(5): 457–466.
36. Santin J, Mery V, Elso MJ, Retamal E, Torres C, Ivelic J. i wsp. *Sleep-related eating disorder: a descriptive study in Chilean patients*. Sleep Med. 2014; 15(2): 163–167.
37. Vetrugno R, Manconi M, Ferrini-Strambi L, Provini F, Plazzi G, Montagna P. *Nocturnal eating: sleep-related eating disorder or night eating syndrome? A videopolysomnographic study*. Sleep 2006; 29(7): 949–954.
38. Morgenthaler TI, Silber MH. *Amnesic sleep-related eating disorder associated with zolpidem*. Sleep Med. 2002; 3(4): 323–327.
39. Provini F, Albani F, Vetrugno R, Lombardi C, Plazzi G, Montagna P. *A pilot double-blind placebo-controlled trial of low-dose pramipexole in sleep-related eating disorder*. Eur. J. Neurol. 2005; 12(6): 432–436.
40. Winkelman JW. *Efficacy and tolerability of open-label topiramate in the treatment of sleep-related eating disorder: a retrospective case series*. J. Clin. Psychiatry 2006; 67(11): 1729–1734.
41. Pope HG Jr, Phillips KA, Olivardia R. *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: Free Press; 2000.
42. Pope HG Jr, Gruber AJ, Choi P, Olivardia R, Phillips KA. *Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder*. Psychosomatics 1997; 38(6): 548–557.
43. Mosley PE. *Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia*. Eur. Eat. Disord. Rev. 2009; 17(3): 191–198.
44. Leone JE, Sedory EJ, Gray KA. *Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders*. J. Athl. Train. 2005; 40(4): 352–359.
45. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Canella C. *Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon*. Eat. Weight Disord. 2004; 9(2): 151–157.
46. Bratman S, Knight D. *Health food junkies. Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books; 2000.
47. Janas-Kozik M, Zejda J, Stochel M, Brożek G, Janas A, Jelonek I. *Ortoreksja – nowe rozpoznanie?* Psychiatr. Pol. 2012; 46(3): 441–450.
48. Moroze RM, Dunn TM, Holland JC, Yager J, Weintraub P. *Microthinking about micronutrients: a case of transitions from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria*. Psychosomatics. 2015; 56(4): 397–403.
49. Mathieu J. *What is orthorexia?* J. Am. Diet. Assoc. 2005; 105(10): 1510–1512.

Adres: Natalia Szejko
Katedra i Klinika Psychiatryczna
Warszawski Uniwersytet Medyczny
00-665 Warszawa, ul. Nowowiejska 27

Otrzymano: 6.07.2015

Zrecenzowano: 14.08.2015

Otrzymano po poprawie: 23.08.2015

Przyjęto do druku: 25.08.2015