

SANDRA KRYSKA¹, MATEUSZ GRAJEK²

¹ Studium doktoranckie Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Katedra Dietetyki Wydziału Zdrowia Publicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Biopsychospołeczne znaczenie hiperfagii

Biopsychosocial determinants of hyperphagia

Streszczenie:

Nadmierne łaknienie jest zaburzeniem charakteryzującym się gwałtownym pochłanianiem bardzo dużych ilości pożywienia oraz równoczesną niemożnością przerwania napadu żarłoczości. Wbrew obiegowym opiniom hiperfagia nie jest tożsama z bulimia nervosa. W hiperfagii nie występują działania kompensacyjne po napadzie głodu (np. wywołanie wymiotów, nadmierne ćwiczenia fizyczne, zażywanie środków przeczyszczających). Piśmiennictwo alarmuje o zwiększającej się skali problemu nadmiernego jedzenia. Ze względu na te doniesienia postanowiono przyjrzeć się bliżej temu zjawisku. Niniejsza praca stanowi przegląd piśmiennictwa odnoszącego się do biologicznych, psychologicznych oraz społecznych uwarunkowań hiperfagii.

Abstract:

Excessive eating is a disorder characterized by the rapid consumption of large quantities of food and, at the same time, the inability to stop the attack of overeating. Contrary to popular belief hyperphagia is not identical to bulimia nervosa. In the course of hyperphagia there are no compensatory measures taken after the hunger attack (e.g. induced vomiting, excessive exercise, use of laxatives). Academic literature warns of the increasing scale of the problem of excessive eating. In response to these reports, it was decided to look more closely at this phenomenon. This paper is a review of the literature relating to the biological, psychological and social determinants of hyperphagia.

Słowa kluczowe: hiperfagia, nadmierne jedzenie, otyłość czynniki psychologiczne, czynniki społeczne, czynniki biologiczne

Keywords: hyperphagia, excessive eating, obesity, psychological factors, social factors, biological factors

Wstęp

Jedzenie jest niezwykle ważnym elementem życia każdej jednostki. Stanowi ono podstawę funkcjonowania ustroju. Czynności powiązane ze spożywaniem posiłków traktowane są zwyczajowo jako czynności fizjologiczne, których zadaniem jest podtrzymywanie prawidłowego funkcjonowania wszystkich układów oraz organizmu jako całości. Niemniej jednak te same czynności dostarczają jednostce swoistych przyjemności. Jedzenie jest nieodzownym elementem wielu przyjemnych i radosnych wydarzeń życiowych (urodziny, ślub, spotkania ze znajomymi, randki). Bardzo często bywa ono również swoistym pocieszeniem i sposobem na poprawę nastroju w chwilach, które są dla jednostki smutne, nieprzyjemne, stresorodne.

Emocjonalne i psychologiczne uwarunkowanie spożywania posiłków jest, zgodnie z doniesieniami autorów, niekorzystne, a w wielu przypadkach wręcz szkodliwe dla zdrowia jednostki. Ogińska-Bulik przytaczając wyniki Abrahama i Llewelyn-Jones ukazuje, że ponad połowa kobiet biorących udział w prowadzonych przez nich badaniach, co najmniej raz w życiu miała problemy z kontrolowaniem masy ciała. Bardzo niepokojące są również doniesienia, że aż 63% młodych mieszkanek Australii przyznało się do nieregularnych napadów obżarstwa, natomiast kolejne 23% regularnie się objada. Inni badacze szacują, że okresowe objadanie się może dotyczyć nawet 20% światowej populacji kobiet [1].

Zarys kliniczny hiperfagii

Mianem hiperfagii, czy też nadmiernego łaknienia (ang. *binge eating*) w piśmiennictwie określa się zaburzenie charakteryzujące się gwałtownym pochłanianiem bardzo dużych ilości pożywienia, co upodabnia je do *bulimia nervosa*. Jednak w przeciwieństwie do bulimii w schorzeniu tym nie dochodzi do występowania działań, czy zachowań kompensacyjnych po zakończeniu napadu. W piśmiennictwie nazwa nadmierne łaknienie używana jest zamiennie również z takimi określeniami jak nadmierne jedzenie, czy żarłoczność. Zgodnie z szacunkami nadmierne jedzenie dotyczy aż 30% wszystkich otyłych, który podjęli próbę redukcji masy ciała [2].

Nadmierne objadanie się dotychczas w najważniejszych międzynarodowych klasyfikacjach chorób nie zostało jednak sklasyfikowane jako odrębne schorzenie. Zwyczajowo jest ono zaliczane do nietypowych zaburzeń

odżywiania lub włączane do zaburzeń odżywiania niesklasyfikowanych gdzie indziej.

Problematyka z klasyfikacją tego schorzenia wynika z faktu, że tak jego definicja, jak i charakterystyka nie są jednoznaczne, przez co trudne do właściwej interpretacji. Dodatkowo dotychczas nie określono realnej granicy pomiędzy tym, co jest fizjologicznym zaspokajaniem głodu, a tym co już stanowi nadmierne jedzenie. Pierwsze próby zdefiniowania i sklasyfikowania nadmiernego jedzenia podjęte zostały już w latach 80. XX w. Już w 1986 r. Glibert zdefiniował nadmierne jedzenie jako „zachowanie jedzeniowe, które prowadzi do wzrostu wagi powyżej średniej dla danej populacji i powtarzających się epizodów dyskomfortu i obniżonego nastroju” [1].

Przedstawiona powyżej definicja ukazuje, że zaburzenie to występuje głównie u osób, które z różnych powodów (stosowanie diety odchudzającej, stosowanie diety leczniczej wymuszającej ograniczenie określonych produktów, czy potraw) często i dużo myślą o przygotowywaniu jedzenia oraz jego spożywaniu. Jednak badania prowadzone w późniejszym okresie ukazały, że nadmierne jedzenie występuje również bardzo często u osób niestabilnych emocjonalnie oraz osób, które nie potrafią radzić sobie z emocjami oraz problemami życia codziennego.

Oblacińska podaje, że do zdiagnozowania nadmiernego objadania się (ang. *Binge Eating Disorder* – BED) konieczne jest wystąpienie takich objawów jak [3]:

1. Powtarzające się epizody żarłoczności charakteryzujące się:
 - określonym czasem trwania napadu żarłoczności, średnio około 2 godzin,
 - brakiem poczucia kontroli nad napadem jako takim, które objawia się jako niemożność przerwania napadu żarłoczności, jak również nad ilością i jakością spożywanych produktów.
2. Występowanie w czasie trwania epizodów co najmniej trzech spośród wymienionych poniżej zachowań:
 - znacznie szybsze niż zwyczajowe tempo spożywania posiłków,
 - spożywanie bardzo dużych ilości produktów nie wynikających z fizycznego poczucia głodu, czy zapotrzebowania organizmu,
 - spożywanie posiłków w samotności wynikające z poczucia wstydu, czy zażenowania z powodu napadu żarłoczności,
 - spożywanie kolejnych produktów oraz dań aż do uczucia nieprzyjemnego przepełnienia,

- poczucie niezadowolenia z własnej osoby oraz swoich poczynań związanych z nadmiernym jedzeniem.
3. Występowanie co najmniej 2 epizodów nadmiernego, niekontrolowanego objadania się w ciągu tygodnia powtarzające się przez okres 6 miesięcy.

Wyniki badań prowadzonych w Stanach Zjednoczonych w latach 2001-2003 ukazują, że jedzenie napadowe jest schorzeniem, z powodu którego cierpi 3,5% populacji kobiet oraz 2% populacji mężczyzn biorących udział w badaniach [4]. Wyniki kolejnych badań ukazały także, że choć schorzenie to występuje u osób w każdym wieku najczęściej jest ono spotykane wśród osób z grupy wiekowej pomiędzy 46 a 55 rokiem życia [5].

Przedstawione wyniki ukazują częstość występowania hiperfagii w badanych populacjach. Określenie wielkości problemu nadmiernego łaknienia w skali globalnej jest jednak bardzo trudne. Wiele osób nie ma świadomości, że przydarzające się im niepohamowane napady żarłoczności są objawami schorzenia. Inni, nawet, gdy mają świadomość, że takie zachowania nie są naturalne, że mogą prowadzić do wielu zaburzeń zdrowotnych oraz wystąpienia różnorodnych chorób somatycznych i powinny zostać poddane dokładnej diagnostyce wstydzą lub boją się komukolwiek o nich powiedzieć. Napady żarłoczności stanowią swoiste tabu. To z kolei utrudnia, a często wręcz uniemożliwia rozpoczęcie diagnostyki i podjęcie właściwej terapii leczniczej.

Biologiczne uwarunkowania hiperfagii

Skłonność do występowania u danej osoby napadów żarłoczności może być uwarunkowana różnymi czynnikami, które zostały odpowiednio zgrupowane. Jedną z najważniejszych grup czynników występowania hiperfagii są czynniki biologiczne.

Biologiczne przyczyny występowania nadmiernego objadania się odnoszą się w głównej mierze do działania mechanizmów fizjologicznych organizmu jednostki. Już Gilbert definiował zwiększone przyjmowanie pokarmów oraz wydłużenie czasu spożywania posiłków jako hiperfagię posiłkową, której zasadniczym objawem jest stałe poczucie głodu, pomimo najedzenia [1].

Spożywanie posiłków jest ściśle powiązane z działaniem złożonych mechanizmów. Kontrolę nad ich właściwym funkcjonowaniem pełni ośrodkowy układ nerwowy. To właśnie ośrodkowy układ nerwowy odpowiada za odbiór tak zewnętrznych jak i wewnętrznych informacji, które docierają do organizmu. Układ ten odpowiada za przekaz informacji na temat przebiegu procesów trawiennych, wchłaniania z przewodu pokarmowego, przemiany materii i energii w organizmie, składzie krwi, aktywności fizycznej organizmu oraz temperatury ciała. Wszystkie te informacje przekazywane są do ośrodkowego układu

nerwowego na drodze humoralnej lub poprzez włókna nerwowe. Następnie są one poddawane dokładnym analizom w podwzgórzu oraz przetwarzane. Następnie podejmowane są dalsze decyzje, które mają zasadniczy wpływ na pobór przez jednostkę pożywienia, a następnie jego transport oraz przebieg wszystkich procesów metabolicznych poszczególnych składników pokarmowych. Decyzje te podejmowane są w zależności od potrzeb oraz stanu fizjologicznego organizmu [6].

To właśnie podwzgórze stanowi tą część mózgu, która kieruje podstawowymi funkcjami biologicznymi, w tym procesami metabolicznymi oraz dostarczaniem do organizmu pożywienia. Kontroluje ono również poczucie głodu oraz sytości [7]. To właśnie tam powstają również bodźce kierujące apetytem jednostki, dzięki skupisku komórek nerwowych tworzących ośrodek głodu oraz ośrodek sytości.

Wraz z uruchomieniem w podwzgórzu ośrodka głodu organizm zaczyna domagać się dostarczenia do niego pożywienia. Natomiast w chwili uruchamiania się ośrodka sytości po zaopatrzeniu organizmu w odpowiednią ilość energii niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania jednostka zaczyna odczuwać sytość. Ośrodki głodu oraz sytości funkcjonują dzięki ich wyczuleni na poziom stężenia glukozy w surowicy krwi. Gdy poziom cukru w krwi jest niski, jednostka zaczyna odczuwać głód.

Prawidłowe funkcjonowanie ośrodka głodu i sytości odpowiedzialne jest w głównej mierze za właściwe działanie całego organizmu oraz utrzymanie odpowiedniej masy ciała. Jego funkcjonowanie uzależnione jest od występowania określonych czynników. Jednym z nich jest działanie kory mózgu oraz jąder podkorowych. Mogą one tak pobudzać, jak również hamować funkcjonowanie ośrodka głodu i sytości. Za pobudzanie ośrodka sytości i równoczesne obniżanie łaknienia odpowiedzialny jest wzrost ciśnienia osmotycznego osocza krwi. Natomiast układ limbiczny działa hamująco na ośrodek głodu. Dodatkowo do obniżenia łaknienia przyczynia się odbieranie odpowiednich impulsów z receptorów obwodowych znajdujących się w przewodzie pokarmowym podczas rozciągania żołądka w czasie spożywania posiłku oraz pasażu jelitowego [6].

Piśmiennictwo podaje [8], że bardzo często zasadniczą przyczyną nadmiernego jedzenia jest zaburzenie mechanizmów odpowiedzialnych za regulację ośrodka głodu i sytości na drodze upośledzenia mechanizmu sytości. Konsekwencją tego zaburzenia jest przejadanie się osób dotkniętych tym upośledzeniem, wynikające z braku sygnału sytości.

Sygnał manifestujący sytość może być również wysyłany do mózgu dzięki wydzielaniu się w przewodzie pokarmowym cholecystokininy (CCK), która jest hormonem wydzielanym w ścianach jelita cienkiego. Jego niewłaści-

we działanie lub odbiór także prowadzi do pojawiania się napadów żarłoczości.

Wśród czynników wpływających na funkcjonowanie ośrodka głodu i sytości są hormony, neuroprzekazniki oraz określone leki. W przypadku hormonów wzrost łaknienia mogą spowodować nadmierne ilości insuliny, androgenów oraz hormonów nadnerczy. Natomiast działanie takich hormonów jak estrogeny, prostaglandyny, wspomniana już cholecystokinina, glukoza oraz glukagon mogą obniżyć łaknienie.

Obecnie na rynku farmaceutycznym dostępnych jest wiele środków leczniczych o różnorodnym składzie tak wydawanych z przepisu lekarza, jak również leków OTC. Głównym zadaniem wspomnianych środków leczniczych jest obniżanie łaknienia. Stosowane są one w terapii leczenia nadwagi i otyłości. Dzięki swoim właściwościom hamującym łaknienie mają one również szerokie zastosowanie pomocnicze w terapii nadmiernego jedzenia [9]. Wśród środków leczniczych wpływających na obniżenie łaknienia wymienia się przede wszystkim: amfetaminę oraz jej pochodne i atropinę. Niestety określone grupy leków poza swoim zasadniczym działaniem wpływają również na zwiększanie łaknienia. Wśród leków o takim właśnie działaniu wymienia się przede wszystkim środki z grup: barbituranów, neuroleptyków oraz klonidynę.

Ostatnią z opisanych w tym miejscu grup czynników wpływających na łaknienie są neuroprzekazniki [9]. Wyniki badań ukazują, że serotonina oraz leptyna wykazują działanie zmniejszające łaknienie, natomiast neuropeptyd Y ma działanie wręcz odwrotne. Leptyna będąca polipeptydem wytwarzanym przez komórki tłuszczowe ma zdolność do obniżania stężenia glukozy we krwi. Oznacza to, że ma ona działanie antagonistyczne do neuropeptydu Y. Dodatkowo w opiniach badaczy zaburzenia w wydzielaniu neuropeptydu Y oraz serotoniny są odpowiedzialne za nadmierny apetyt, szczególnie w odniesieniu do słodyczy.

Wśród innych neuroprzekazników mających znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania ośrodka głodu i sytości wymienia się także dopaminę oraz noradrenalinę, które wpływają na zwiększenie łaknienia, a tym samym na zwiększenie przyjmowania posiłków. Dodatkowo niski poziom wspomnianych neuroprzekazników wpływa na pojawianie się uczucia przygnębienia, pojawianie się stanów obniżonego nastroju oraz stanów depresyjnych. Natomiast wysoki ich poziom wpływa na poprawę nastroju oraz zmniejszenie wrażliwości na stres.

W opinii badaczy najczęstszą i równocześnie najbardziej prozaiczną przyczyną nadmiernego spożywania pokarmów jest reakcja organizmu na zbyt rzadkie, nieregularne spożywanie posiłków lub znaczące obniżenie podaży energetycznej w stosunku do zwyczajowego spożycia.

W stanie permanentnego głodu w podwzgórzu dochodzi do ciągłej produkcji neuropeptydu Y, który stale zwiększa łaknienie jednostki. To z kolei wymusza na niej spożywanie coraz większych ilości jedzenia, w głównej mierze węglowodanów, które są łatwo spalane dając energię niezbędną do funkcjonowania organizmu. Niemniej jednak, jeśli sygnał wysłany przez podwzgórze zostanie przez jednostkę zignorowany (w czasie terapii redukującej masę ciała) podwzgórze zaczyna wysyłać kolejny neuroprzekaznik – galaninę. Jej zadaniem jest pobudzanie łaknienia, szczególnie na produkty zawierające duże ilości tłuszczu, nie tylko jako materiału energetycznego, ale również jako materiału zapasowego, wykorzystanego przy kolejnym, ewentualnym braku odpowiedniej podaży energii. Wraz ze wzrostem poziomu galaminy w surowicy krwi wzrasta nie tylko łaknienie na rzeczy zawierające duże ilości tłuszczu, ale również ich spożycie. Wyniki badań analizujących to zjawisko ukazują, że osoby z wysokim poziomem wydzielania galaniny mają zdecydowanie większe skłonności do przyrostu masy ciała oraz rozwijania się na jej podłożu nadwagi i otyłości [1].

W organizmie funkcjonującym w sposób prawidłowy galanina wydzielana jest zgodnie z rytmem dobowym. Jego stężenie we krwi w godzinach porannych jest niskie i rośnie sukcesywnie w ciągu dnia, aby w godzinach popołudniowych i wieczornych osiągnąć najwyższe stężenia. Na jej wydzielanie bardzo duży wpływ mają również estrogeny. Wraz ze wzrostem tego hormonu wzrasta również stężenie galaniny we krwi [10]. Oznacza to, że w okresie napięcia przedmiesiączkowego (ang. *Premenstrual Tension Syndrome* – PMS) w przypadku kobiet dochodzi do wzrostu apetytu, w głównej mierze na produkty zawierające duże ilości węglowodanów prostych.

Wspomniany zespół napięcia przedmiesiączkowego jest okresem w całym cyklu menstruacyjnym kobiet, w czasie którego również może dojść do niepohamowanych epizodów objadania się. Wynika to ze zwiększonego zapotrzebowania na węglowodany charakterystycznego dla tego okresu. Wśród jego bezpośrednich przyczyn wymienia się między innymi zaburzenia w wydzielaniu hormonów, prostaglandyn oraz neuroprzekazników, wahania poziomu glukozy we krwi oraz zmiany w gospodarce wodno-elektrolitowej [8].

Piśmiennictwo podaje, że zdecydowana większość kobiet cierpiących z powodu zespołu napięcia przedmiesiączkowego zauważa u siebie napady objadania się w okresie dwóch tygodni poprzedzających menstruację. W tym czasie kobiety te spożywają nawet do 87% więcej kalorii niż w pozostałych dniach cyklu. Wśród innych objawów charakterystycznych dla zespołu napięcia przedmiesiączkowego wymienia się: stany przygnębienia, częste i gwałtowne zmiany nastroju, zwiększoną drażliwość oraz zwiększony apetyt na słodycze. Wszystkie one powiązane

są ze zmianami hormonalnymi zachodzącymi w organizmie kobiety. Dodatkowo wzrost żeńskich hormonów płciowych przyczynia się do zmniejszenia wydzielania serotoniny, co z kolei wpływa na wzrost apetytu, szczególnie na produkty zawierające duże ilości węglowodanów prostych. Badacze ukazują, że u kobiet cierpiących z powodu PMS spożycie słodczy oraz produktów zawierających duże ilości węglowodanów prostych wzrasta o 24% natomiast pomiędzy posiłkami spożycie węglowodanów prostych wzrasta aż o 42% [10]. Spożycie posiłków bogatych w węglowodany proste przyczynia się do zwiększenia wydzielania serotoniny. To z kolei wpływa na poprawę nastroju oraz zmniejszenie napięcia.

W dostępnym piśmiennictwie podkreśla się również znaczenie poziomu endorfin tak w występowaniu zespołu napięcia przedmiesiączkowego, jak również w występowaniu jego następstw. Zgodnie z wynikami badań największe stężenie endorfin jest charakterystyczne dla okresu poowulacyjnego. Następnie dochodzi do jej stopniowego spadku, co w wielu przypadkach przyczynia się do pojawiania się drażliwości, wzmożonego uczucia głodu, nadmiernego apetytu oraz stanowi czynnik ryzyka depresji. Wyniki kolejnych badań ukazują również, że w przypadku osób cierpiących z powodu hiperfagii notuje się mniejsze ilości endorfin niż w organizmach osób bez tego schorzenia [11].

Analizując biologiczne uwarunkowania hiperfagii należy wspomnieć również o sezonowych zaburzeniach nastroju wynikających z niedoboru światła słonecznego, jaki w klimacie umiarkowanym występuje w okresie zimowym. Zjawisko to w piśmiennictwie określa się również jako SAD (ang. *Seasonal Affective Disorders* – Sezonowe Zaburzenia Nastroju). Mechanizm działania SAD jest analogiczny do scharakteryzowanego powyżej schematu działania galaniny. Piśmiennictwo podaje, że sezonowe zaburzenia nastroju występują u 10% populacji. Syndrom ten jest znacznie częściej diagnozowany u kobiet niż u mężczyzn [1].

Przyczyn sezonowego zaburzenia nastroju, w przebiegu którego dochodzi do pojawiania się napadów niepohamowanego łaknienia upatruje się w zaburzeniach równowagi wydzielania neuroprzekazników, w szczególności serotoniny oraz dopaminy. Przyczyn zaburzeń nastroju należy upatrywać również w zaburzeniach hormonalnych (przede wszystkim estrogenów i progesteronu). Autorzy podkreślają także, że zmiany nastroju, szczególnie w okresie zimowym mogą być spowodowane zmianami w naturalnym cyklu wydzielania hormonów oraz neuroprzekazników.

Zmniejszona podaż światła słonecznego w okresie jesienno-zimowym powoduje zwiększenie wydzielania melatoniny. Naturalną konsekwencją wzrostu wydzielania

melatoniny jest również zmniejszenie wydzielania serotoniny. To z kolei powoduje zwiększenie uczucia senności, pojawianie się zaburzeń nastroju, zwiększoną drażliwość, pojawianie się uczucia niepokoju. Zmiany te stanowią także czynnik inicjujący pojawianie się zaburzeń nastroju, co w konsekwencji prowadzić może do rozwoju depresji. Dodatkowo niski poziom serotoniny wpływa na zwiększenie łaknienia, szczególnie w odniesieniu do produktów zawierających duże ilości węglowodanów prostych. Słodczy, których spożycie chwilowo poprawia nastrój stanowią swoisty lek na stany obniżonego nastroju oraz jego sezonowe zaburzenia. Niestety, nadmierne spożycie węglowodanów prostych, szczególnie połączone z obniżoną w okresie jesienno-zimowym aktywnością fizyczną, przyczynia się do przyrostu masy ciała [12].

Badacze wskazują także, iż w przypadku osób cierpiących na sezonowe zaburzenia afektywne zauważalnie spada wydzielanie dopaminy. Jej niski poziom może utrzymywać się przez wiele dni, a często nawet tygodni, gdyż powiązany jest w sposób ścisły ze zmniejszeniem dostępu do światła słonecznego [12]. Obniżone wydzielanie dopaminy nasila uczucie senności, przez co przyczynia się do zaburzeń koncentracji.

Psychologiczne uwarunkowania hiperfagii

Hiperfagia może mieć również podłoże psychologiczne. Na jego wystąpienie i rozwój wpływać mogą różnorodne czynniki. Wśród najważniejszych spośród nich wymienia się: zaburzenia mechanizmu samoregulacji, cechy osobowości jednostki, przekonania oraz oczekiwania jednostki, emocje oraz stres.

Wśród najczęstszych psychologicznych przyczyn nadmiernego jedzenia wymienia się zaburzenia mechanizmu samoregulacji, odnoszące się do niemożności kontrolowania ilości spożywanych produktów, prowadzącej w konsekwencji do przejadania się. Mianem samoregulacji określa się w tym miejscu „każdy wysiłek człowieka, który zmierza w kierunku zmiany własnych relacji” [13].

W opinii badaczy nieumiejętność regulowania ilości spożywanych pokarmów występuje aż u 30% osób cierpiących z powodu otyłości. Piśmiennictwo podkreśla również, że problemy z mechanizmem samoregulacji ilości przyjmowanych produktów występują jeszcze częściej w grupie osób, które starają się kontrolować to co, kiedy oraz ile jedzą. Dodatkowo w przypadku osób starających się kontrolować ilość spożywanych produktów częściej niż u innych osób dochodzi do epizodów przejadania się [14].

Specjaliści przyjmują więc, iż przejadaniu się sprzyja utrata kontroli tak nad częstością przyjmowanych posiłków, jak również na ich ilością. Do wspomnianej utraty kontroli dochodzi zazwyczaj w sytuacjach, gdy jednostka ma łatwy

dostęp do dużych ilości jedzenia [1]. Obniżeniu, czy też utracie samokontroli sprzyja również automatyczne spożywanie posiłków, przede wszystkim w trakcie oglądania telewizji, pobytu w kinie, w czasie czytania, czy surfowania w Internecie. Wśród sytuacji sprzyjających automatycznemu spożywaniu posiłków badacze wymieniają również przyjęcia oraz inne uroczystości rodzinne. Spożywanie posiłków w czasie spotkań towarzyskich, czy uroczystości rodzinnych zazwyczaj prowadzi do zmniejszenia samoświadomości wynikającego z zaabsorbowania rozmową.

Brak kontroli nad ilością i jakością spożywanych produktów w opinii badaczy może być powodowany przez określone czynniki. Do najważniejszych zalicza się alkohol oraz właściwości organoleptyczne potraw (smak, zapach, wygląd), [15]. Równocześnie specjaliści wykazali, że zwiększenie samoświadomości osób cierpiących z powodu nadmiernego jedzenia przyczynia się do samoregulacji tego zjawiska. Poczucie obserwowania w czasie spożywania posiłku przyczynia się do zmniejszenia skonsumowanej porcji. Analogiczną reakcję przypisali oni procesom poznawczym. Uzewnętrzanie myśli odnoszących się do jedzenia prowadzi do zwiększenia samoświadomości oraz zwiększenia kontroli nad procesem jedzenia [14].

Badacze na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci wielokrotnie sprawdzali istnienie zależności pomiędzy występowaniem określonych bodźców zewnętrznych a zachowaniami żywieniowymi. Ich wyniki pozwoliły na stwierdzenie, że osoby cierpiące z powodu otyłości znacznie częściej podlegają wpływowi takich bodźców zewnętrznych jak zapach, widok, czy smak określonych potraw niż odczuwanemu głodowi lub jego brakowi [1]. Oznacza to, że jeśli w otoczeniu osób cierpiących z powodu hiperfagii znikają bodźce wzrokowe dochodzi również do utraty motywacji do zdobycia pożywienia. Wynika to z faktu, że w przypadku osób wrażliwych dochodzi do zwiększenia poziomu insuliny oraz nasilenia poczucia głodu na widok pożywienia. Wśród innych czynników, które w opiniach badaczy wpływają na zakłócenie procesu samoregulacji ilości i jakości spożytych produktów wymienia się również nieumiejętność lub brak możliwości powstrzymania się od myślenia o jedzeniu oraz zmęczenie. Czynniki te wpływają bowiem na występowanie trudności z kontrolą własnych zachowań oraz reakcji [1].

Kolejnym, niezwykle istotnym, psychologicznym powodem ujawniania się i rozwoju hiperfagii jest przekonanie i oczekiwanie jednostki oraz cechy jej osobowości. Piśmiennictwo podaje, że odnoszą się one przede wszystkim do: negatywnego obrazu własnej osoby, zewnętrznego umiejscowienia kontroli oraz pesymizmu [16]. Bezpośrednią przyczynę upatruje się w skłonności ludzi do generalizowania oraz uogólniania niepowodzeń. Niewielkie

niepomyślne wydarzenia urastają do rangi klęski, a niepowodzenia w jednej sferze życia rzutują na pozostałe sfery. Dodatkowo prowadzi to do generowania dużej ilości negatywnych emocji. Specjaliści potwierdzili niejednokrotnie, że dla wielu osób jedzenie stanowi w takich sytuacjach swoiste pocieszenie [13]. Sytuacja ta odnosi się w szczególności do osób, które nie potrafią radzić sobie ze stresem oraz trudnymi sytuacjami życiowymi.

Badacze podkreślają również, że dla wielu osób nadmierne jedzenie traktowane jest jako sposób na uchylanie się od odpowiedzialności tak za własne życie, jak również za własne postępowanie oraz problemy jej dotyczące. Objadanie się stanowi także swego rodzaju obronę przed poznaniem samego siebie [11]. W opiniach badaczy osoby objadające się w celu uchylenia się od odpowiedzialności za własne życie i postępowanie cechują się biernością, wysokim poczuciem bezradności i równocześnie perfekcjonizmem. Dodatkowo osoby te są wyrozumiałe dla innych, wykazują wysoką gotowość do niesienia pomocy wszystkim jej potrzebującym. W opiniach swoich bliskich i znajomych osoby cierpiące z powodu hiperfagii o podłożu emocjonalnym są miłe i sympatyczne i równocześnie wykazujące skłonność do izolowania się od innych. Należy w tym miejscu podkreślić również, że bardzo często są to pracoholicy, którzy owładnięci są wręcz lękiem przed osiągnięciem sukcesu.

Badania prowadzone w kontekście psychologicznych przyczyn występowania hiperfagii wykazały także, że zwiększona potrzeba jedzenia może wynikać z przeżywania przez jednostkę negatywnych emocji, obniżonego nastroju oraz złego samopoczucia [17]. Takie emocje jak lęk, strach, złość, żal, rozczarowanie, a często również radość mogą przyczynić się w sposób bezpośredni do wystąpienia napadów objadania się, szczególnie u osób, u których zauważa się problemy z kontrolowaniem własnych odruchów żywieniowych. W takich sytuacjach samo jedzenie traktowane jest przez osoby cierpiące z powodu hiperfagii jako swoiste lekarstwo na problemy.

Objadanie się będące reakcją na lęk wynika z fiksacji w fazie oralnej rozwoju człowieka, jak również regresji do tego właśnie poziomu. Zdaniem badaczy nadmierne jedzenie stanowi odpowiedź organizmu na niespecyficzne napięcia lub chorobę somatyczną. Stanowi ono swoistą formę ucieczki zarówno przed uczuciem leku, jak również przed czynnikami wywołującymi ten stan. Lęk oraz inne wyraźne pobudzenia emocjonalne, szczególnie jeśli połączone są z brakiem wiedzy, czy świadomości na temat ich źródła, a tym samym możliwości ich kontrolowania wpływa na nadmierne objadanie się. Zdaniem badaczy zjawisko to jest charakterystyczne dla osób cierpiących z powodu otyłości. Nasila się ono w przypadku osób, które próbują zredukować własną masę ciała [18].

Wśród emocji związanych z przejadaniem się oraz wpływających na pojawianie się kolejnych napadów żarłoczności wymienia się również gniew, złość, wrogość oraz odrzucenie emocjonalne. Piśmiennictwo podaje, że nadmierne objadanie się może być również przejawem buntu przeciw zaistniałej sytuacji, czy reakcją na trawiące jednostkę poczucie winy. Objadanie się stanowi także sposób usprawiedliwienia własnych porażek. Bardzo często ma ono znacznie głębsze podłoże w postaci lęków z okresu dzieciństwa, czy niezaspokojenia podstawowych potrzeb jednostki [19].

Objadanie się dla wielu osób stanowi również formę tłumienia złości. Piśmiennictwo podaje, że osoby otyłe wykazują tendencje do tłumienia negatywnych emocji, natomiast napady objadania się zazwyczaj stanowią reakcję na nudę. Z braku zajęcia sięgają oni po jedzenie, które zajmuje nie tylko ich ręce, ale również umysł, wypełniając równocześnie ich czas. Zazwyczaj poczucie znudzenia pojawia się w godzinach popołudniowych oraz wieczornych, gdy po całym dniu próbują oni odpocząć. W przypadku osób samotnych jedzenie nie tylko stanowi sposób na nudę, ale również sposób na samotność, stając się swoistym towarzyszem wieczoru [20].

Niezwykle istotnym elementem „zajadania” negatywnych emocji jest pojawianie się tzw. błędnego koła. Napady objadania się, szczególnie jeśli występują często lub wręcz regularnie, powodują zwiększanie masy ciała. Takie niekontrolowane tycie jest natomiast bezpośrednią przyczyną pojawiania się poczucia winy, obniżenia samooceny oraz pogorszenia samopoczucia. Te negatywne emocje zazwyczaj tłumione są za pośrednictwem kolejnych napadów objadania się [21].

Jak nietrudno zauważyć, jedzenie w aspekcie emocjonalnym jest nie tylko sposobem na radzenie sobie z własnymi emocjami, ale również sposobem na samouspokojenie oraz poprawę samopoczucia. Pełni ono także funkcję kompensatora niepowodzeń, lęków, obaw, czy frustracji i jednocześnie sposób na sprawianie sobie przyjemności.

Nie tylko negatywne emocje, ale również stres, w opiniach badaczy, przyczyniają się do pojawiania się napadów nadmiernego jedzenia. Napięcie emocjonalne, konflikty z otoczeniem, wytężona praca, czy konieczność oddania jakiegoś projektu w krótkim terminie mogą przyczynić się tak do wzrostu łaknienia, jak również do jego spadku. Przyczyną nadmiernego jedzenia może być także hałas, będący również dla ludzi źródłem stresu [22].

Im silniejszy jest stres działający na jednostkę, tym większe istnieje ryzyko próby odreagowania go za pomocą jedzenia. Uciekanie w stronę pożywienia w sytuacjach stresowych wynika przede wszystkim z jego niezwykle dużej dostępności. Dodatkowo spożywane określonych produktów wpływa na wydzielanie w organizmie endorfin

oraz poprawę nastroju. Jest to, więc niezwykle szybki sposób na łagodzenie napięcia emocjonalnego oraz odwrócenie uwagi od przykrych bodźców [17]. Wyniki prowadzonych badań ukazują również, że im bardziej jednostka koncentruje się na stresie oraz jego przyczynach, tym większe jest ryzyko przejadania się. Znacznie większą skłonność do objadania się wykazują osoby cierpiące z powodu nadwagi i otyłości niż w przypadku osób z prawidłową masą ciała.

Spoleczne uwarunkowania hiperfagii

Wśród społecznych przyczyn hiperfagii największe znaczenie ma nieprawidłowy sposób żywienia dziecka przez jego rodziców i najbliższych, który jest następnie przejmowany przez to dziecko w jego późniejszym życiu [23].

Bardzo duże znaczenie w rozwoju hiperfagii ma również przekarmianie dziecka tak przez jego dziadków, jak również rodziców. Działanie takie przyczynia się do przyzwyczajenia dziecka do spożywania większej ilości jedzenia niż jego organizm tego potrzebuje. Niekorzystny wpływ ma również karmienie dziecka nie wtedy, gdy odczuwa ono głód, ale zgodnie z odgórnie ustalonymi godzinami. Podobnie wpływa karmienie dziecka za każdym razem, gdy ono płacze. Wynika to z faktu, że w miarę upływu czasu zaczyna ono traktować jedzenie jako sposób na zaspokojenie własnych potrzeb uczuciowych oraz sposób na rozwiązanie problemów. Dokarmianie dzieci słodyczami, traktowane przez ich bliskich jako przejaw miłości oraz nagroda za dobre zachowanie, czy sposób na negatywne emocje przyczynia się nie tylko do uzależniania młodych ludzi od słodyczy, ale również uzależniania ich od „łagodzącego emocje” działania jedzenia [24].

W przypadku osób dorosłych wśród najważniejszych społecznych przyczyn hiperfagii wymienia się takie wydarzenia jak: śmierć bliskiej osoby, rozstanie z bliskim, częste uczestnictwo w dużych uroczystościach rodzinnych, powszechność dostępu do produktów spożywczych, zachowania żywieniowe wynikające ze sposobu żywienia w domu rodzinnym, zmianę standardu życia, okres ciąży, klimakterium, czy zmniejszenie atrakcyjności wyglądu zewnętrznego wynikające ze starzenia się. Uwarunkowanymi społecznie przyczynami hiperfagii u osób dorosłych jest również skłonność ludzi do próbowania wciąż nowych potraw oraz hedonistyczna przyjemność, jaką daje jedzenie [25].

Podsumowanie

Podsumowując można powiedzieć, że nadmierne łaknienie jest zaburzeniem charakteryzującym się niepohamowanym spożywaniem bardzo dużych ilości pokarmów oraz równoczesną niemożnością przerwania napadu

żarłoczności. Wbrew obiegowym opiniom hiperfagia nie powinna być utożsamiana z bulimią. W przeciwieństwie do niej w nadmiernym łaknieniu nie dochodzi do występowania zachowań kompensacyjnych po zakończeniu napadu (np. nadmiernych ćwiczeń fizycznych lub prowokowania wymiotów).

Przedstawiona w pracy etiologia hiperfagii ma za zadanie zwrócić uwagę na realne zagrożenie, jakim jest to schorzenie. Nadmierne łaknienie może dotyczyć wszystkich grup wiekowych, dlatego jego skuteczna profilaktyka i leczenie dostarcza wielu problemów. Bardzo ważnym aspektem organizacji terapii nadmiernego łaknienia jest uczestnictwo i kooperacja wszystkich specjalistów z zakresu medycyny i nauk społecznych, tj. lekarzy (neurologów, endokrynologów, psychiatrów), psychologów i socjologów. Nieocenioną rolę piastują również rodzice (opiekunowie) i pedagodzy w przypadku dzieci i młodzieży obciążonej ryzykiem wystąpienia objawów hiperfagii. To właśnie te osoby mają swój wkład w skuteczną diagnostykę i wczesne zapobieganie chorobie.

Jak zostało przedstawione w powyższym tekście wielokrotnie zauważa się interdyscyplinarność i poważną eskalację problemu nadmiernego łaknienia. W świetle przytoczonych pozycji literaturowych warto pamiętać o tym narastającym problemie i jego wieloaspektowości. W celu jeszcze lepszego poznania choroby zaleca się przeprowadzenie szeroko zakrojonych badań epidemiologicznych, które mogłyby stać się przyczynkiem do skutecznej profilaktyki hiperfagii i promocji racjonalnego odżywiania.

LITERATURA

- [1] Ogińska-Bulik N., *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny – konsekwencje – sposoby zmiany*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004.
- [2] Constantine T., Vojtech H., Basdevant A. i wsp., *Postępowanie w otyłości dorosłych: europejskie wytyczne dla praktyki klinicznej*. Endokrynol. Otył. Zab. Przem. Mat. 2009; 5 (3): 87–98.
- [3] Oblacińska A., Woynarowska B., *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1995.
- [4] Hudson J.I., Hiripi E., Pope H.G. Jr, Kessler R.C., *The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Biol Psychiatry 2007 February 1; 61 (3): 348–58.
- [5] National Institute of Mental Health: Eating Disorders (broшура informacyjna opublikowana w 2008 r.).
- [6] Komender J., *Fizjologia i zaburzenia łaknienia*, [w:] A. Oblacińska, B. Woynarowska (red.) *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1995.
- [7] Leleu G., *Miłość i kalorie*, Siel, Warszawa 1999.
- [8] Michałek D.Z., *Nalagowe zachowania jedzeniowe*, Centrum Terapii Zaburzeń Łaknienia, ARC-EN-CIEL, Kraków 2001.
- [9] Cooper Z., Fairburn Ch.G., *Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa*. The International Journal of Eating Disorders 2003 nr 34, s. 89–95.
- [10] Somer E., *Wpływ jedzenia na nastrój*, Wydawnictwo Amber, Warszawa 1998.
- [11] Hollis J., *Nadwaga jest sprawą rodziny. Poradnik dla cierpiących na zaburzenia łaknienia oraz osób, które ich kochają*, GWP, Gdańsk 2000.
- [12] Semple D., Smyth R., Burns J., Darjee R., McIntosh A., *Oksfordzki podręcznik psychiatrii*, wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
- [13] Pietrzykowska E., Wierusz-Wysocka B., *Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się*. Polski Merkuriusz Lekarski 2008; XXIV (143): 472–476.
- [14] Ohme M., Perczyńska J., Jarosz M., *Psychologiczne aspekty nadwagi i otyłości*, Żywnie i Człowiek i Metabolizm 2002; XXIX (4): 259–267.
- [15] Beumeister R.F., Heatherton T.F., Tice D.M., *Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność samoregulacji*, PARPA, Warszawa 2000.
- [16] Hudson J.I., Lalonde J.K., Berry J.M., Pindyck L.J., Bulik C.M., Crow S.J., McElro S.L., Laird M.L., Tsuang M.T., Walsh B.T., Rosenthal N.R., Pope H.G. Jr, *Binge-eating disorder as a distinct familial phenotype in obese individuals*, Arch Gen Psychiatry 2006; 63(3): 313–9.
- [17] Bętkowska-Korpała B., Karpowicz A., Gierowski J. K. i wsp., *Doświadczenie stresu przez osoby z otyłością — badania własne*. Endokrynol. Otył. Zab. Przem. Mat. 2007; 3 (4): 63–67.
- [18] Juruć A., Wierusz-Wysocka B., Bogdański P., *Psychologiczne aspekty jedzenia i nadmiernej masy ciała*, Farmacja Współczesna 2011; 4; 119–126.
- [19] Makara-Studzińska M., Buczyjan A., Moryłowska J., *Jedzenie – przyjaciel i wróg. Korelaty psychologiczne otyłości*. Przegląd Piśmiennictwa, Zdr Publ 2007; 117(3): 392–396.
- [20] Piłska M., Jeżewska-Zychowicz M., *Psychologiczne i społeczne aspekty otyłości*. [w:] *Psychologia żywienia. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2008: 120–137.
- [21] Wiczorkowska G., Bednarczyk I., *Zaburzenia kontroli procesu jedzenia: rola przedziałowości*. Nowiny Psychologiczne 2004; 3: 5–19.
- [22] Bąk-Sosnowska M., *Miejsce psychologa w leczeniu problemu otyłości*, Forum Medycyny Rodzinnej 2009; 3: 297–303.
- [23] Ackard D.M., Neumark-Sztainer D., Story M., Perry C., *Overeating among adolescents: prevalence and associations with weight-related characteristics and psychological health*. Pediatrics 2003; 111(1): 67–74.
- [24] 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(5): 320–5.
- [25] Pupek-Musialik D., Kujowska-Łuczak M., *Otyłość i jej powikłania-poważny problem zdrowotny współczesnych kobiet*. Med Dopl 2006; Supl 22: 20–24.