

## PERSIVALGYMO SUTRIKIMAS: SAMPRATA, PALYGINIMAS SU KITAIS VALGYMO SUTRIKIMAIS IR GYDYMO PAGRINDAI

Milda Musneckytė, Paulina Abraitytė, Tomas Staniulis

*Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Medicinos fakultetas*

**Raktažodžiai:** valgymo sutrikimai, anoreksija, bulimija, persivalgymas, nutukimas.

### Santrauka

Persivalgymo sutrikimas yra neseniai įtrauktas į valgymo sutrikimų sąrašą kaip atskiras sutrikimas. Nuo 1959 m. iki 2013 m. persivalgymo sutrikimas buvo laikomas kitų valgymo sutrikimų požymiu. 2013 m. persivalgymo sutrikimas DSM-5 klasifikacijoje atskirtas kaip nauja savarankiška diagnozė. 2015 m. Amerikos maisto ir vaistų tarnyba patvirtino centrinės nervų sistemos stimuliantą lisdeksamfetamino dimesilatą pavadinimu „Vyvanse“ persivalgymo sutrikimui gydyti. Jis anksčiau buvo naudotas dėmesio koncentracijos sutrikimo ir hiperaktyvumo sutrikimo gydymui. Persivalgymo sutrikimu sergantiesiems žmonėms būdingas ydingas santykis su maistu, iškreiptas kūno įvaizdžio modelio suvokimas bei psichikos problemos, kurios sunkina normalų kasdienį funkcionavimą, socialinį gyvenimą ir blogina žmogaus psichoemocinę būseną. Persivalgymo sutrikimas skiriasi nuo kitų valgymo sutrikimų tuo, kad juo sergantys pacientai negali kontroliuoti potraukio persivalgyti, valgymas tampa priemone emocinei įtampai slopinti, tačiau nėra poreikio būti liekniems ir kompensuoti kalorijų perteklių. Tai yra dažna morbidinio nutukimo priežastis. Didelis antsvoris yra svarbus požymis, skiriantis persivalgymo sutrikimą nuo kitų valgymo sutrikimų. Taip pat dėl sunkaus nutukimo laipsnio šie pacientai kenčia antsvorio sukeltas sveikatos problemas ir dažnai nutukimui gydyti kreipiasi į bariatrinės chirurgijos specialistus. Deja, taikant vien tik farmakoterapinį ar chirurginį gydymą, psichologinė persivalgymo problema lieka neišspręsta. Persivalgymo sutrikimas yra kompleksinis sutrikimas, svarbi ir visus veiksnius (psichoemocinę būseną, elgesio modelius bei nutukimą) koreguojanti gydymo taktika, įtraukiant psichoterapiją šalia farmakoterapinio ir chirurginio gydymo.

### Įvadas

Kompulsinis persivalgymas arba persivalgymo sutrikimas literatūroje pirmą kartą paminėtas 1959 m. psichiatro A. Stunkard [1]. 1987 m. Amerikos psichiatrų asociacija Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadove (angl. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, toliau – DSM) persivalgymo sutrikimą priskyrė vienam iš bulimijos požymių. 1994 m. persivalgymo sutrikimas vis dar nebuvo laikomas savarankiška diagnoze, o priešingai – charakterizuojamas tik kaip vienas iš valgymo sutrikimams būdingų simptomų. Persivalgymo sutrikimas pradėtas atidžiau tyrinėti 2008 m., įkūrus JAV nacionalinę Valgymo sutrikimų asociaciją (angl. Binge eating disorder asociation, sutr. BEDA), padėjusią efektyviau diagnozuoti ir diferencijuoti šį sutrikimą nuo kitos valgymo patologijos. 2013 m. persivalgymo sutrikimas buvo įtrauktas kaip atskira diagnozė į DSM 5 klasifikaciją šalia anoreksijos ir bulimijos. Ankstesnėje klasifikacijoje persivalgymo sutrikimas buvo traktuojamas ne kaip diagnozė, o kitos patologijos požymis, todėl specifinis gydymas iki tol nebuvo plačiai nagrinėtas. Nuo 2013 m. gydymo gairėms skirta daugiau dėmesio. 2015 m. JAV maisto ir vaistų kontrolės tarnyba persivalgymo sutrikimui gydyti patvirtino lisdeksamfetamino dimesilatą (Vyvanse), nes buvo pastebėtas teigiamas preparato poveikis, reguliuojant persivalgymo simptomatiką. Lisdeksamfetamino dimesilatą – tai centrinę nervų sistemą stimuliuojančių vaistų grupei priskiriamas medikamentas. Iki tol Vyvanse buvo skiriamas gydyti dėmesio koncentracijos ir hiperaktyvumo sutrikimus. Vaisto efektyvumas gydant kompulsinį persivalgymą buvo aprašytas Amerikos medikų asociacijos žurnale. Tyrėjai nustatė, kad preparatas reikšmingai sumažina persivalgymo priepuolių skaičių [2]. Persivalgymo sutrikimas vis dar yra nauja diagnozė valgymo sutrikimų klasifikacijoje, todėl teisinga diagnostika bei diferenciacija nuo kitų patologijų, tokių kaip anoreksija ir bulimija, yra labai svarbi, siekiant užtikrinti efektyvų paciento gydymą.

**Tyrimo tikslas** - apibrėžti persivalgymo sutrikimo sąvoką pagal naujausias DSM-5 rekomendacijas; palyginti

persivalgymo sutrikimą su kitais valgymo sutrikimais; aptarti pagrindinius persivalgymo sutrikimo simptomus, skiriančius šį sutrikimą nuo kitų valgymo sutrikimų, bei visiems valgymo sutikimams būdingus bendrus požymius, taip pat palyginti skirtingas persivalgymo sutrikimo gydymo metodus ir jų efektyvumą.

### Tyrimo medžiaga ir metodai

Literatūros apžvalga atlikta lyginant užsienio šaltinių duomenis iš internetinių bibliografinių medicinos duomenų bazių PubMed (Medline), Cochrane, UpToDate. Paieška atlikta naudojant nurodytus raktažodžius ir jų kombinacijas „binge eating“, „eating disorders“, „bariatric surgery“. Straipsnių atrankos kriterijai – laisvai prieinami, ne anksčiau nei spausdinti 2009 metais.

### Tyrimo rezultatai

**Persivalgymo sutrikimo sąvoka bei samprata.** Kompulsinis persivalgymas – tai valgymo sutrikimas, kuriam būdingi nekontroliuojami, periodiškai persivalgymo epizodai, lydimi emocinio bei stresinio fono, kai per labai trumpą laiką suvalgomos maisto kiekis dešimtis kartų viršija maisto kiekį, kurį normaliomis sąlygomis žmogus pajėgus suvartoti. Priepuoliai kartojasi bent 1 kartą per savaitę, prieuolių trukmė – ne trumpiau nei 6 mėnesiai (arba pasikartoja 2 kartus per savaitę ir trunka bent 3 mėnesius). Prieuolio metu pacientus lydi bebėgiškumo ir kontrolės praradimo jausmas, dėl kurio jie negali nustoti valgę, nors jaučia fizinį sotumą. Prieuoliui praėjus, jaučiama gėda ir pasibjaurėjimas savimi. Žmonės, sergantys persivalgymo sutrikimu, dažnai valgo vienumoje, vengia su maistu susijusių aplinkybių ir jaučia stiprią psichologinę frustraciją, susijusią su valgymo elgsena kitų asmenų atžvilgiu [3]. Šiuo sutrikimu sergantys pacientai nutunka, jų KMI siekia 35 kg/m<sup>2</sup> ir daugiau, nes sergantiems tikruoju persivalgymo sutrikimu, nebūdingas kalorijų pertekliaus atsikratymas ar kalorijų ribojimas.

**Valgymo sutrikimų panašumai bei skirtumai.** Persivalgymo sutrikimas turi daug bendrų bruožų su kitais valgymo sutrikimais, tokiais kaip sutrikęs santykis su maistu [4], pakitęs kūno įvaizdžio suvokimas, bjaurėjimasis savo išvaizda, mitybinė elgsena, kuriai būdingas rituališkumas, socialinis nerimas, susijęs su valgymu viešumoje. Šie pacientai, kaip ir sergantys anoreksija bei bulimija, skundžiasi įvairaus spektro psichikos ir elgesio sutrikimais: depresija, nerimu, miego bei dėmesio koncentracijos sutrikimais, priklausomybėmis, impulsų kontrolės sutrikimais, obsesijomis – kompulsijomis [5,6]. Pastebėta, kad asmenybinių sutrikimų turintys žmonės yra labiau linkę sirgti ir valgymo sutrikimais [7,8].

Kompulsinis persivalgymas kategorizuojamas kaip atskiras sutrikimas dėl kelių požymių, kurie ne visada būdingi

sergant anoreksija ar bulimija. Persivalgymo sutrikimu sergantys pacientai dėl nuolat suvartojamo kalorijų pertekliaus [9] ir negebėjimo kontroliuoti poreikio persivalgyti būna labai nutukę, KMI viršija 35 kg/m<sup>2</sup>, o tai nebūdinga sergantiems anoreksija ar bulimija [10]. Pacientai dėl didelio nutukimo turi stipriai išreikštą metabolinio sindromo požymių bei kitų sveikatos sutrikimų, todėl dažnai kreipiasi į bariatrinės chirurgijos specialistus [11], o sergantieji bulimija ar anoreksija paprastai būna itin liesi ar normalaus kūno svorio, morbidinis nutukimas jiems nebūdingas. Taip yra dėl to, kad sergančiųjų bulimija ir anoreksija kūno įvaizdžio suvokimas sutelktas į labai liekną konstituciją, bjaurimasi normaliu kūno sudėjimu.

Persivalgymo sutrikimu sergantys pacientai bjaurisi savo nutukusiu kūnu, nepajėgia valdyti impulsyviai kylančio poreikio valgyti. Maistas ir valgymas jiems yra priemonė slopinti emocijas ir sumažinti įtampą, nors persivalgymas taip pat kelia stresą ir dar didesnį norą persivalgyti. Valgyti nustojama tik tada, kai daugiau nebeįmanoma fiziškai [12]. Kartais pasitaiko maisto ribojimo epizodų bei dietų, tačiau viskas baigiasi nauju persivalgymo prieuoliu. Kalorijų pertekliaus kompensavimas vis dar yra diskutuotinas, todėl teigti, kad jis būdingas sergantiems persivalgymo sutrikimu, negalima. Jei ir atsikratoma suvalgyto maisto, tai daroma ne dėl poreikio lieknai atrodyti ar jaučiamos apsisvalgymo kaltės.

Dalis persivalgymo sutrikimu sergančių pacientų pažymi, jog yra bandę vartoti laisvinamuosius, diuretikus ar išvemi suvalgytą maistą, tačiau tai aiškina nuolatinio maisto pertekliaus sukeltais virškinimo sutrikimais, o sergantieji bulimija ar anoreksija vartoja laisvinamuosius bei diuretikus, bando išsivemi net suvalgę nedidelį kiekį maisto dėl jaučiamo kaltės jausmo ar noro lieknai atrodyti [13].

Alinantis sportas ir besaikės treniruotės labiau paplitusios tarp sergančiųjų anoreksija ir bulimija, o sergančiųjų persivalgymo sutrikimu fizinės veiklos galimybės ne tik labai ribotos dėl didelio nutukimo, bet ir pacientai nerodo poreikio lieknėti sportuojant.

Persivalgymo sutrikimas, anoreksija ir bulimija skiriasi tarpusavyje ir teisinga diferenciacija yra labai svarbi, siekiant parinkti teisingą gydymo taktiką.

**Persivalgymo sutrikimo gydymas.** Vienas iš pagrindinių persivalgymo sutrikimo požymių yra morbidinis nutukimas, todėl pacientai dažnai negali numesti svorio tik mitybos korekcijos ar fizinės veiklos pagalba [14]. Dėl šios priežasties jie dažnai kreipiasi į skrandžio stemplės ir endokrininės chirurgijos specialistus, kur svorio mažinimui taikomos skrandžio tūrį mažinančios operacijos [15]. Gydant nutukimą chirurginiu būdu, pašalinamos tik persivalgymo sutrikimo pasekmės, sukeliančios su nutukimu susijusius endokrininės sistemos sutrikimus, medžiagų apykaitos sutrikimus, širdies

ir kraujagyslių ligas. Efektyviausias valgymo sutrikimų gydymo metodas yra kombinuotas gydymas. Persivalgymo sutrikimas – tai daugiaveiksni būklė, kurią gydant svarbu pašalinti visus fizinės ir psichinės sveikatos sutrikimų mechanizmus. Mitybos koregavimas, fizinė veikla ar chirurginis nutukimo gydymas svarbus siekiant pagerinti paciento fizinę būklę ir organizmo funkcionavimą, užkirsti kelią II tipo cukrinio diabeto, arterinės hipertenzijos, širdies ligų vystymuisi, didelio nutukimo sukeltiems sąnarių, stuburo pakitimams [16]. Skiriant medikamentinį gydymą psichikos sutrikimų sukeltų reiškinių mažinimui bei taikant gydymą psichoterapija, gražinamas sveikas santykis su maistu ir formuojamas normalus kūno įvaizdžio suvokimas [17]. Taip sumažinama psichologinė frustracija ir neigiamas emocinis fonas, formuojami nauji elgesio modeliai, todėl persivalgymo priepuoliai kartojasi rečiau [18]. Pastebėta, kad sergantiesiems persivalgymo sutrikimu ir bariatrinės chirurgijos metodais gydytiems pacientams papildomos psichoterapeuto konsultacijos padeda pasiekti geresnių rezultatų: numetama daugiau svorio, pacientai rečiau patiria atkryčius ar pooperacines komplikacijas dėl dietos apribojimų nesilaikymo, gerėja jų psichologinė būseną, pagerėja impulsų kontrolė [19]. Ne mažiau svarbus ir tinkamas medikamentinis gydymas, skiriamas nerimo, depresijos, miego bei nuotaikos sutrikimų simptomų slopinimui, taip pagerinant kasdienį paciento funkcionavimą, darbingumą, nuotaiką ir bendrą psichinę sveikatą [20]. Norint pagerinti pacientų svorio korekciją, psichologinę būseną, santykį su savimi bei maistu, tikslinga taikyti ne vienos rūšies gydymą, bet derinti įvairius gydymo metodus: farmakoterapiją bei psichoterapiją, chirurgiją – siekiant koreguoti impulsų kontrolę, mitybinę elgseną, atsvarę [19]. Tinkamas atsakas į gydymą yra pagerėjusi pacientų organizmo būklė, bendra gyvenimo kokybė, santykis su maistu bei socialiniai aspektai [21–23].

### Išvados

1. Kompulsinis persivalgymas – tai atskira valgymo sutrikimų rūšis, kuriai būdingas morbidinis nutukimas (paciento KMI siekia 35 kg/m<sup>2</sup> ir daugiau) dėl nuolat suvartojamo per didelio kalorijų kiekio, dažnai pasikartojantys persivalgymo epizodai, lydimi emocinio fono, bejėgiškumo jausmo, negalėjimo pasipriešinti potraukiui persivalgyti. Sutrikimas sukelia ne tik somatines su nutukimu susijusias sveikatos problemas, bet daro didelę įtaką žmogaus psichinei sveikatai ir psichologinei būsenai.

2. Naujoje valgymo sutrikimų klasifikacijoje persivalgymo sutrikimas atskirtas nuo bulimijos ir anoreksijos, sudarant daugiau gydymo galimybių sergantiesiems persivalgymo sutrikimu.

3. Taikant psichoterapiją, atkuriamas normalus santykis

su maistu ir koreguojamas iškreiptas kūno įvaizdžio modelis. Medikamentinis gydymas padeda kontroliuoti impulsyvų norą valgyti, gerėja bendroji paciento psichikos būklė, o taikant bariatrinės chirurgijos metodus, efektyviau mažinamas kūno svoris [18]. Paciento požiūris į save tampa mažiau neigiamas, padidėja darbingumas, gerėja nuotaika ir kinta ydingi mąstymo modeliai, skatinantys persivalgymą ir priklausomybę nuo maisto, žmogus grįžta į normalų gyvenimą, pagerėja fizinė sveikata ir užtikrinamas visapusiškas psichoemocinis komfortas.

### Literatūra

1. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiatr Q* 1959;33(2):284-95.  
<https://doi.org/10.1007/BF01575455>
2. Reas DL, Grilo CM. Pharmacological treatment of binge eating disorder: update review and synthesis. *Expert Opin Pharmacother* 2015;16(10):1463-78.  
<https://doi.org/10.1517/14656566.2015.1053465>
3. Byrne R, Kirschner K. Unusual behaviours. *Nelson pediatric symptom-based diagnosis*. Elsevier 2018, 421-438.  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-323-39956-2.00027-3>
4. Rosen JC. Improving body image in obesity. In Thompson JK (ed.). *Body image, eating disorders, and obesity: an integrative guide for assessment and treatment*. American Psychological Association 2020;425-40.  
<https://doi.org/10.1037/10502-017>
5. Peterson CB, Miller KB, Crow SJ, Thuras P, Mitchell JE. Subtypes of binge eating disorder based on psychiatric history. *Int J Eat Disord* 2005;38(3):273-6.  
<https://doi.org/10.1002/eat.20174>
6. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry* 1993;150(10):1472-9.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.150.10.1472>
7. Sylvers P, Lilienfeld SO, LaPrairie JL. Differences between trait fear and trait anxiety: implications for psychopathology. *Clin Psychol Rev* 2011;31(1):122-37.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.004>
8. Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM. Eating disorders and quality of life: a review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2011;31(1):113-21.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.003>
9. Powers PS, Perez A, Boyd F, Rosemurgy A. Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. *Int J Eat Disord* 1999;25(3):293-300.  
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199904\)25:3<293::AID-EAT7>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199904)25:3<293::AID-EAT7>3.0.CO;2-G)
10. de Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes* 2001;25(S1):S51-5.  
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801699>

11. Smith BR, Schauer P, Nguyen NT. Surgical approaches to the treatment of obesity: bariatric surgery. *Med Clin North Am* 2011;95(5):1009-30.  
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2011.06.010>
12. Zeeck A, Stelzer N, Linster HW, Joos A, Hartmann A. Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *Eur Eat Disord Rev* 2011;19(5):426-37.  
<https://doi.org/10.1002/erv.1066>
13. Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE, Young JF, Mufson L, Yanovski SZ, Glasofer DR, Salaita ChG. Preventing excessive weight gain in adolescents: interpersonal psychotherapy for binge eating. *Obesity* 2007;15(6):1345-55.  
<https://doi.org/10.1038/oby.2007.162>
14. Yanovski SZ. Binge eating disorder and obesity in 2003: could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *Int J Eat Disord* 2003;34(S1):S117-20.  
<https://doi.org/10.1002/eat.10211>
15. Mitchell JE. Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *Int J Eat Disord* 2016;49(3):319-23.  
<https://doi.org/10.1002/eat.22452>
16. Hudson JI, Lalonde JK, Coit CE, Tsuang MT, McElroy SL, Crow SJ, et al. Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. *Am J Clin Nutr* 2010;91(6):1568-73.  
<https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.29203>
17. Molinari E, Baruffi M, Croci M, Marchi S, Petroni ML. Binge eating disorder in obesity: comparison of different therapeutic strategies. *Eat Weight Disord* 2005;10(3):154-61.  
<https://doi.org/10.1007/BF03327542>
18. van Hanswijck de Jonge P, Van Furth EF, Hubert Lacey J, Waller G. The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychol Med* 2003;33(7):1311-7.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291703007505>
19. Peterson CB, Mitchell JE. Psychosocial and pharmacological treatment of eating disorders: a review of research findings. *J Clin Psychol* 1999;55(6):685-97.  
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199906\)55:6<685::AID-JCLP3>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199906)55:6<685::AID-JCLP3>3.0.CO;2-Y)
20. Becker S, Rapps N, Zipfel S. Psychotherapie bei Adipositas. Ein systematischer Überblick. *Psychother Psych Med* 2007;57(11):420-7.  
<https://doi.org/10.1055/s-2007-986202>
21. Faulconbridge LF, Wadden TA, Thomas JG, Jones-Corneille LR, Sarwer DB, Fabricatore AN. Changes in depression and quality of life in obese individuals with binge eating disorder: bariatric surgery versus lifestyle modification. *Surg Obes Relat Dis* 2013;9(5):790-6.  
<https://doi.org/10.1016/j.soard.2012.10.010>
22. Leahey TM, Crowther JH, Irwin SR. A cognitive-behavioural mindfulness group therapy intervention for the treatment of binge eating in bariatric surgery patients. *Cogn Behav Pract* 2008;15(4):364-75.  
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.01.004>
23. Marcus MD, Wing RR, Lamparski DM. Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addict Behav* 1985;10(2):163-8.  
[https://doi.org/10.1016/0306-4603\(85\)90022-X](https://doi.org/10.1016/0306-4603(85)90022-X)

## BINGE EATING DISORDER: ORIGIN, COMPARISON WITH OTHER EATING DISORDERS AND BASICS OF TREATMENT

M. Musneckytė, P. Abraitytė, T. Staniulis

Keywords: eating, disorders, anorexia, bulimia, binge, obesity. Summary

Binge eating has been only recently acknowledged as a distinct disorder. From 1959 to 2013 binge eating was perceived as one of the features of other eating disorders such as bulimia nervosa. In 2013, binge eating disorder was declared as a separate disorder for the first time in the new revised DSM-5 edition. By 2015, Food and Drug Administration approved lisdexamfetamine dimesilate, a central nervous system stimulant sold under a brand name of “Vyvanse” for treatment of binge eating disorder. This drug primarily was used to treat attention deficit and hyperactivity disorder in adults and children over 6 years old of age before. In recent decade more options for effective treatment and accurate diagnostics were developed. The main attribute of binge eating is that patients are unable to control their impulse to overeat and eating is used as a coping mechanism from stress. Similar to other eating disorders, binge eating manifests in a toxic relationship with food, distorted perception of one’s body and mental dysfunction. That causes difficulties in patients daily and social life. However, binge eating also differs from other eating disorders in many ways. Binge eating frequently leads to morbid obesity. Comparing to other eating disorders, obesity is a distinctive symptom of this pathology. Moreover, due to excess body fat these patients suffer from health problems caused by obesity and are often treated by bariatric surgery specialists. Therefore, pharmacotherapy or surgery alone does not cure binge eating disorder. It is important to also treat psycho-emotional as well as behaviour issues of the patients. Combined treatment of pharmacotherapy, psychotherapy and surgery is the most effective.

Correspondence to: staniulis.tomas@gmail.com

Gauta 2020-05-25