

Rozpoznawanie i leczenie zaburzeń odżywiania się w podstawowej opiece zdrowotnej

Leslie A. Sim, PhD, Donald E. McAlpine, MD, Karen B. Grothe, PhD, Susan M. Himes, PhD, Richard G. Cockerill, BA, Matthew M. Clark, PhD

Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA

Identification and Treatment of Eating Disorders in the Primary Care Setting

Mayo Clin Proc 2010;85(8):746-751

Tłum. prof. dr hab. med. Łukasz Świącicki

W SKRÓCIE

Zaburzenia odżywiania się (*eating disorders*) są powiązane z wieloma współwystępującymi chorobami somatycznymi, mają negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i powodują poważne pogorszenie jakości życia, dlatego powinny być jak najszybciej diagnozowane i leczone. We wczesnym stadium, zanim wystąpią typowe dla danych zaburzeń problemy somatyczne, a objawy psychiczne są mało wyraźne, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej mogą mieć problemy z ich rozpoznaniem. Pomimo że objawy psychiczne mogą dominować nad somatycznymi, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest integralnym członkiem zespołu odpowiedzialnego za leczenie tego typu zaburzeń i odgrywa wyjątkową rolę w procesie rozpoznawania i leczenia choroby. Informacje zawarte w artykule pochodzą z prac opublikowanych między 1 stycznia 1983 r. a 30 września 2009 r., znalezionych w wyniku przeglądu medycznych baz danych, takich jak MEDLINE i PubMed. Artykuły były wyszukiwane pod kątem następujących słów kluczowych: **anoreksja** (*anorexia nervosa*), **bulimia** (*bulimia nervosa*), **zaburzenia odżywiania się** (*eating disorders*), **zaburzenia odżywiania nieokreślone w inny sposób** (*eating disorders not otherwise specified*), **kompulsyjne objadanie się** (*binge eating*), **zespół kompulsyjnego objadania się** (*binge-eating disorder*), **zespół jedzenia nocnego** (*night-eating syndrome*). W pracy omówiono również praktyczne problemy, z jakimi mogą spotkać się lekarze podstawowej opieki zdrowotnej w trakcie leczenia pacjentów z zaburzeniami odżywiania się, oraz inne zagadnienia związane z opieką nad pacjentami, u których występują i zaburzenia somatyczne, i psychiczne.

Zapotrzebowanie na opiekę medyczną nad osobami cierpiącymi na zaburzenia odżywiania się jest duże, a koszty hospitalizacji pacjentów wciąż rosną.¹ U co najmniej połowy dorosłych osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się choroba została rozpoznana przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.^{2,3} Mimo że lekarze ci odgrywają ważną rolę w rozpoznawaniu i leczeniu zaburzeń odżywiania, często nie są oni w tym zakresie odpowiednio wyszkoleni, dlatego zazwyczaj stwierdzają wystąpienie zaburzeń odżywiania dopiero wtedy, gdy konsekwencje zdrowotne, zarówno somatyczne, jak i psychiczne, są już zaawansowane.^{3,4} W artykule omówiono podstawowe zaburzenia odżywiania się, takie jak anoreksja (AN – *anorexia nervosa*), bulimia (BN – *bulimia nervosa*), zespół kompulsyjnego objadania się (BED – *binge-eating disorder*), zespół jedzenia nocnego (NES – *night-eating syndrome*) i tzw. zaburzenia odżywiania nieokreślone w inny sposób (EDNOS – *eating disorder not otherwise specified*), spotykane u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. Opisano objawy przedmiotowe i podmiotowe poszczególnych zaburzeń, zaprezentowano testy przesiewowe umożliwiające ich rozpoznanie oraz metody farmakologicznego i psychosocjologicznego leczenia (tab. 1). W medycznych bazach danych (MEDLINE i PubMed) wyszukaliśmy artykuły dotyczące badań nad zaburzeniami odżywiania się, opublikowane między 1 stycznia 1983 r. a 30 września 2009 r., w których pojawiły się takie słowa kluczowe, jak: **anoreksja** (*anorexia nervosa*), **bulimia** (*bulimia ne-*

rvoja), **zaburzenia odżywiania się** (*eating disorders*), **zaburzenia odżywiania nieokreślone w inny sposób** (*eating disorders not otherwise specified*), **kompulsyjne objadanie się** (*binge eating*), **zespół kompulsyjnego objadania się** (*binge eating disorder*), **zespół jedzenia nocnego** (*night-eating syndrome*). Dodatkowo dokonaliśmy przeglądu bibliografii zamieszczonej we wcześniej wyszukanych publikacjach.

Anoreksja

Anoreksja, inaczej jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*), występuje z częstością około 0,5-1%, przy czym jest najczęstsza w grupie dorastających dziewcząt oraz młodych kobiet. Charakterystycznymi cechami tego zaburzenia jest nieprawidłowo niska masa ciała (co najmniej 15% poniżej należytnej), strach przed przybraniem na wadze oraz nadmierne skoncentrowanie uwagi na swoim wyglądzie i wadze.⁵ Mimo że brak miesiączki (utrata trzech następujących po sobie cykli menstruacyjnych) jest obecnie objawem wymaganym do rozpoznania anoreksji, jego istotność nie jest do końca pewna. W związku z tym grupa robocza pracująca nad kryteriami diagnostycznymi zaburzeń odżywiania się, które mają być opublikowane w najnowszym wydaniu „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM) (wydanie piąte), poważnie rozważa usunięcie tego objawu jako koniecznego do rozpoznania anoreksji.⁶ Wyróżniamy dwa typy anoreksji: typ restrykcyjny i typ bulimiczny z przeja-

daniem się/prowokowaniem wymiotów (*binge-eating/purging subtype*). Pacjenci z anoreksją, którzy stale ograniczają liczbę przyjmowanych kalorii i rzadko objadają się, a potem prowokują wymioty, powinni być zaklasyfikowani do typu restrykcyjnego,⁵ ci natomiast, którzy regularnie się objadają lub prowokują wymioty, aby zapobiec przybywaniu na wadze, do typu bulimicznego.⁵ Wielu pacjentów z rozpoznaną anoreksją typu restrykcyjnego w końcu będzie miało problem z objadaniem się, a u co najmniej jednej trzeciej spośród tych pacjentów rozwinię się bulimia.¹¹ Przejście z anoreksji restrykcyjnej do anoreksji typu bulimicznego lub bulimii zazwyczaj następuje w trakcie 5 pierwszych lat choroby.¹¹ U kobiet, u których z anoreksji rozwinęła się bulimia, często znów powraca anoreksja.

Skuteczność leczenia anoreksji jest słaba, zaledwie 35-85% pacjentów wraca do zdrowia, a rekonwalescencja trwa od 57 do 79 miesięcy.¹² Anoreksja jest nie tylko zaburzeniem, które może przerodzić się w stan przewlekły, ale również jednym z najpoważniejszych zaburzeń psychicznych.^{13,14} Chorzy są narażeni na różne zaburzenia somatyczne będące skutkiem poważnej utraty masy ciała oraz współwystępujących zaburzeń psychicznych, które mogą być przyczyną śmierci,¹⁵ głównie w wyniku samobójstwa.¹⁴ Anoreksji często towarzyszy depresja, wynikająca z małej liczby kalorii przyjmowanych z pożywieniem i niskiej masy ciała, która zazwyczaj ustępuje po ponownym odżywieniu.¹⁶ Często występują napady lękowe, które zazwyczaj poprzedzają rozwój choroby.¹⁷

Wyniszczeni pacjenci wymagają natychmiastowej opieki medycznej. Należy wnikliwie obserwować ich pod kątem ewentualnego odwodnienia organizmu, zaburzeń gospodarki elektrolitowej, zaburzeń czynności nerek, arytmii oraz zespołu ponownego odżywienia. Hipomagnezemia może być przyczyną hipokaliemii, która nie ustaje pomimo uzupełnienia potasu. U pacjentów z zaburzeniami odżywiania, szczególnie tych, którzy prowokują wymioty, najbardziej powszechną formą zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej jest zasadowica. Nagłe pojawienie się hipofosfatemii po rozpoczęciu prawidłowego odżywiania się może być zwiastunem zespołu ponownego odżywienia, charakteryzującego się nagłymi zmianami w gospodarce wodnej i elektrolitowej z hipomagnezemią, hipokaliemią, rozstrzeleniami żołądka i znacznymi obrzękami. Co prawda zdarza się to stosunkowo rzadko, ale zespół ponownego odżywienia może być przyczyną wystąpienia majaczenia, arytmii, śpiączki i zgonu.¹⁸ W początkowej fazie leczenia stopniowe przywracanie prawidłowego odżywiania pacjenta z ciężkim niedożywieniem może zapobiec zespołowi ponownego odżywienia. Uzupełnianie niedoborów fosforu należy rozpocząć wcześniej, a jego stężenie powinno być utrzymane powyżej 3,0 mg/dl (aby zamienić jednostki na mmol/l, należy wynik pomnożyć przez 0,323). U pacjentów z anoreksją należy codziennie kontrolować stężenie fosforu, magnezu, potasu oraz innych elektrolitów w surowicy i w razie nieprawidłowości rozpocząć leczenie. Niezwłoczne leczenie należy podjąć również w przypadku pacjentów o masie ciała stanowią-

cej <70% prawidłowej lub gdy niskiej masie ciała towarzyszy bradykardia, hipotonia, hipoglikemia, hipokaliemia lub hipofosfatemia.

Przewlekły negatywny wpływ anoreksji na zdrowie somatyczne pacjentów jest dobrze poznany. Ponieważ choroba dotyka przede wszystkim kobiety w okresie rozwoju szczytowej masy kostnej, może mieć poważny wpływ na układ kostny.^{13,19} Chociaż powszechnie przepisuje się kobietom z anoreksją leki zawierające estrogeny, głównie doustne, które miałyby zahamować ubytek masy kostnej, to jednak jest mało dowodów na skuteczność ich działania.²⁰⁻²² Uważa się także, że mogą one negatywnie wpływać na kobiety chore na anoreksję.²¹ Kiedy tylko pod wpływem przyjmowania estrogenów dojdzie do przywrócenia cyklu menstruacyjnego, jest to sygnałem powrotu do odpowiedniej masy ciała i motywacja chorego do przybierania na wadze spada.²¹

Choć takie działanie nie zostało w sposób systematyczny przebadane, wytyczne dotyczące leczenia anoreksji wskazują na konieczność stosowania multidyscyplinarnego podejścia, na które składa się pomoc medyczna, zmiana diety oraz psychoterapia.²³ Wartość danych pochodzących z przeglądu piśmiennictwa dotyczącego anoreksji jest ograniczona ze względu na małą liczebność grup pacjentów biorących udział w badaniach klinicznych oraz brak badań prowadzonych z randomizacją. Przeprowadzona niedawno metaanaliza opublikowanych do tej pory prac pokazała, że żaden model psychoterapii nie ma przewagi w leczeniu anoreksji nad innymi. Dowiedziano jednak, że w przypadku dzieci i nastolatków, które wcześniej zachorowały na anoreksję i u których historia choroby jest względnie krótka, w leczeniu zaburzeń odżywiania się najlepsze rezultaty przynosi terapia rodzinna.²⁴⁻²⁷ Takie podejście zakłada objęcie rodziny specjalną formą terapii, a także pomoc rodziny w leczeniu chorego.²⁷

Chociaż selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI – *selective serotonin reuptake inhibitor*) są często przepisywane chorym cierpiącym na anoreksję, to w badaniach z kontrolą placebo nie stwierdzono, aby leki te wpływały na proces przybierania na wadze, przyspieszały proces wychodzenia z zaburzeń odżywiania się lub pomagały w leczeniu psychologicznych problemów zdrowotnych. Co więcej, nie stwierdzono znaczących różnic w czasie, po którym następował nawrót choroby u pacjentów z anoreksją, którzy wrócili do prawidłowej masy ciała, między tymi, którzy przyjmowali fluoksetynę, a tymi, którzy otrzymywali placebo.²⁸

Bulimia

Lekarze częściej mają do czynienia z pacjentami chorymi na bulimię, inaczej żarłoczność psychiczną (BN – *bulimia nervosa*) niż z tymi, którzy cierpią na anoreksję, ponieważ zachorowalność na bulimię wśród kobiet jest wyższa (1,0%-1,5%). Osoby cierpiące na bulimię często jednak ukrywają swoją chorobę (jest to możliwe, ponieważ ich wygląd fizyczny nie zmienia się wyraźnie, nie są one wychudzone) i tylko niewielka ich część decyduje się na leczenie.^{2,29} Typowy pacjent chory na bulimię to kobieta w wie-

Tabela 1. Wskazówki dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej pomocne w wyłanianiu i leczeniu pacjentów chorych na zaburzenia odżywiania się

Typ zaburzenia	Grupy ryzyka i objawy diagnostyczne	Testy przesiewowe	Typowe objawy somatyczne, które należy monitorować	Leczenie farmakologiczne	Leczenie psychiatryczne
Anoreksja (AN – <i>anorexia nervosa</i>)	Płeć żeńska Wiek 13-25 lat BMI < 18,5 Brak miesiączki Ograniczanie jedzenia Strach przed przybraniem na wadze (nie zawsze ujawniony)	SCOFF ⁷ EDDS ⁸	Hipokaliemia Hipofosfatemia Hipomagnezemia Czynność nerek EKG (bradykardia i arytmie) Zasadowica metaboliczna Osteopenia	Brak dowodów na wpływ fluoksetyny i innych SSRI na leczenie objawów anoreksji SSRI skuteczne w leczeniu mieszanych zaburzeń depresyjno-lękowych	Terapia rodzinna dla osób w okresie dojrzewania wg modelu Maudsley Terapia poznawczo-behawioralna lub inna terapia wykorzystująca podobne metody (brak różnic metodycznych)
Bulimia (BN – <i>bulimia nervosa</i>)	Płeć żeńska Wiek 16-35 lat BMI w zakresie > 18,5 i < 25 Kompulsyjne objadanie się Wymiotowanie, głodówka lub inne zachowania kompensacyjne Silne dążenie do bycia szczupłym	SCOFF ⁷ EDDS ⁸	Hipokaliemia Hipomagnezemia Czynność nerek Zasadowica metaboliczna Objaw Russella Próchnica zębów Ubytek szklivi	Fluoksetyna i inne SSRI w przypadku objawów bulimii SSRI w przypadku objawów zaburzeń mieszanych	Terapia poznawczo-behawioralna – skuteczność najlepiej dowiedziona w leczeniu bulimii i zaburzeń mieszanych Terapia interpersonalna Dialektyczna terapia behawioralna
Zespół kompulsyjnego odżywiania się	Płeć męska i żeńska wiek 25-50 lat BMI > 25 Kompulsyjne objadanie się przy braku zachowań kompensacyjnych	EDDS ⁸ EAT ⁹ QEWPR ¹⁰	Objawy związane z otyłością Ograniczone możliwości zmniejszenia masy ciała	Sybutramina w leczeniu otyłości Orlistat w leczeniu otyłości SSRI w leczeniu mieszanych zaburzeń depresyjno-lękowych	Terapia poznawczo-behawioralna w grupach lub indywidualnie w leczeniu kompulsyjnego objadania się i zaburzeń mieszanych Behawioralna kontrola masy ciała
Zespół jedzenia nocnego	Płeć męska i żeńska BMI > 25 25-50% kalorii dostarczane jest po wieczornym posiłku Problemy z zaśnięciem	Brak	Objawy związane z otyłością Ograniczone możliwości zmniejszenia masy ciała	Sertralina lub inne SSRI	Wyniki badań niedostępne Terapia behawioralna stosowana przy kontroli masy ciała i modyfikacji zachowań związanych z odżywianiem się

BMI (*body mass index*) – wskaźnik masy ciała; EAT (*Eating Attitudes Test*) – test postaw wobec jedzenia; EDDS (*Eating Disorder Diagnostic Scale*) – diagnostyczna skala zaburzeń odżywiania; QEWPR (*Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised*) – kwestionariusz oceny odżywiania się i masy ciała; SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitor*) – selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny

ku 16-22 lat, jednak choroba może się też pojawić u starszych osób. Wyróżniamy dwa typy bulimii: typ przeczyszczający i nieprzechyszczający. Bulimia typu przeczyszczającego charakteryzuje się występowaniem epizodów kompulsyjnego objadania się (zjadanie w sposób niekontrolowany nieprawdopodobnych ilości jedzenia w krótkim czasie), po którym następują takie zachowania kompensacyjne, jak prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających i leków moczopędnych.⁵ Drugi typ bulimii, nieprzechyszczający, związany jest z wykonywaniem intensywnych ćwiczeń fizycznych, stosowaniem głodówki lub ścisłej diety.⁵ Tak samo jak pacjenci z anoreksją, osoby chore na bulimię mogą przywiązywać nadmierną wagę do własnego wyglądu oraz ciągle przejmować się tym, że przybiorą na wadze.⁵ Obecnie, jeśli występuje kompulsyjne objadanie się oraz wymuszanie wymiotów w połączeniu z niską masą ciała i zanikiem miesiączkowania, rozpoznaje się anoreksję. Do przejścia ze stanu anoreksji do bulimii dochodzi często, natomiast odwrotna sytuacja zdarza się stosunkowo rzadko, z wyjątkiem przypadków, kiedy początkowo rozpoznano anoreksję.¹¹

Testem przesiewowym, pozwalającym na wykrycie głównych objawów psychopatologicznych związanych z anoreksją lub bulimią na wczesnym etapie choroby, jest prosty kwestionariusz SCOFF (Sick – wymiotowanie, Control – kontrola, Others – inni, Fourteen – czternaście, Food – jedzenie), składający się z 5 pytań, na które pacjent musi odpowiedzieć w czasie nie dłuższym niż 2 minuty.^{7,30} Jest to test o wysokiej swoistości i czułości w rozpoznawaniu anoreksji i bulimii.^{30,31} Zawiera następujące pytania:

- Czy zdarzyło ci się wywołać wymioty z powodu nieprzyjemnego uczucia pełności?
- Czy boisz się, że straciłeś/aś kontrolę nad ilością spożywanego jedzenia?
- Czy uważasz, że jesteś gruby/a, podczas gdy inni mówią, że jesteś za chudy/a?
- Czy ostatnio schudłeś/aś więcej niż 14 funtów (ok. 6 kg) w ciągu 3 miesięcy?
- Czy kwestia jedzenia dominuje w twoim życiu?

Wprawdzie uważa się, że uzyskanie co najmniej dwóch twierdzących odpowiedzi upoważnia do podjęcia dalszych badań w kierunku zaburzeń odżywiania się, wydaje się jednak zasadne zebranie dodatkowych informacji na temat objawów zaburzeń odżywiania, nawet jeśli jest tylko jedna odpowiedź twierdząca, ponieważ wyraźny spadek masy ciała lub prowokowanie wymiotów powinny być wystarczającą przesłanką do podjęcia wnikliwej obserwacji pacjenta.^{30,32} Należy być wyjątkowo podejrzliwym w przypadku osób, u których doszło do znacznego spadku masy ciała, szczególnie jeśli wcześniej była ona w normie.

Na podstawie badania przedmiotowego można nie wykryć bulimii. Większość chorych będzie miała prawidłową masę ciała. Wskazówką może być objaw Russella: odciski lub otarcia na grzbietowej powierzchni dłoni umiejscowione w okolicy śródrečia i paliczków, spowodowane powtarzającym się kontaktem

skóry z siekaczami w trakcie prowokowania odruchów wymiotnych. Innymi objawami przedmiotowymi są nadspodziejanie często pojawiająca się próchnica oraz uszkodzenia szkliwa spowodowane częstym wymiotowaniem. Wyniki badań laboratoryjnych wskazujące na hipokaliemię, zasadowicę lub hipochloremię u pozornie zdrowej młodej kobiety również powinny skłonić do wnikliwej obserwacji pacjentki. Podobnie jak w przypadku pacjentów z anoreksją typu bulimicznego hipomagnezemia może być przyczyną hipokaliemii, która nie ustaje pomimo uzupełnienia potasu. Nieprawidłowości dotyczące gospodarki elektrolitowej oraz zaburzenia pracy jelit (np. wzdęcia, spowolniona perystaltyka jelit) są częstymi powikłaniami bulimii.

Najbardziej skuteczną metodą leczenia pacjentów cierpiących na bulimię jest terapia poznawczo-behawioralna (CBT – *cognitive behaviour therapy*). Jej celem jest zmiana konkretnych zachowań pacjenta oraz jego sposobu myślenia powodującego utrzymywanie się epizodów objadania się i wymuszania wymiotów. Fluoksetyna i inne leki przeciwdepresyjne z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny są jedynymi lekami zatwierdzonymi przez Food and Drug Administration do stosowania w leczeniu bulimii. Większość innych stosowanych grup leków przeciwdepresyjnych przynosi pewne korzyści, niezależnie od tego, czy pacjent cierpi na depresję, czy nie; należy jednak zaznaczyć, że bupropion jest przeciwwskazany, gdyż zwiększa ryzyko wystąpienia napadów drgawkowych u osób z zaburzeniami odżywiania się. Ogólnie rzecz biorąc, stosowanie farmakoterapii w celu zmniejszenia objawów bulimii i innych zaburzeń współwystępujących jest uzasadnione; uważa się jednak, że leczenie farmakologiczne powinno być uzupełnieniem psychoterapii.³³

Zespół kompulsyjnego objadania się

Zespół kompulsyjnego objadania się (BED – *binge-eating disorder*) charakteryzuje się niekontrolowanym spożywaniem dużej ilości jedzenia w ciągu 2 godzin.⁵ Dodatkowe cechy to nieprzyjemne uczucie przepełnienia, gwałtowne jedzenie, jedzenie w samotności, jedzenie pomimo braku głodu, uczucie obrzydzenia do samego siebie po jedzeniu.³⁴ U osób z zespołem kompulsyjnego objadania się nie występują zachowania kompensacyjne (takie jak prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających) charakterystyczne dla bulimii.⁵ Diagnozując zespół kompulsyjnego objadania się, lekarze powinni umieć trafnie odróżnić to zaburzenie od przejedzenia. Przejadanie się często jest uwarunkowane społecznie. Do przejedzenia może dojść wtedy, gdy jesteśmy zrelaksowani, zadowoleni i mamy łatwy dostęp do dużej ilości jedzenia, a inne osoby uczestniczące w posiłku też zjadają nadmierne ilości pożywienia. Natomiast osoby z zaburzeniami odżywiania się objadają się w sposób niekontrolowany, zazwyczaj potajemnie i w momentach spadku nastroju. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej w diagnostyce zespołu kompulsyjnego objadania się mogą zastosować test postaw wobec jedzenia (EAT – Eating Attitudes Test), który jest najbardziej

rozpowszechnionym testem przesiewowym w kierunku zaburzeń odżywiania się.⁹ Alternatywnie można wykorzystać Eating Disorder Diagnostic Skale, 22-elementowy kwestionariusz wypełniany samodzielnie przez pacjenta, stworzony w celu rozpoznawania anoreksji, bulimii i zespołu kompulsyjnego objadania się, zgodny z kryteriami DSM-IV.⁸ Kwestionariusz pod nazwą Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised, który dostarcza informacji diagnostycznych dotyczących zespołu kompulsyjnego objadania się, w połączeniu z dodatkowo zebranymi informacjami na temat diety oraz przebiegu zmian masy ciała pacjenta, był powszechnie wykorzystywany do badań z udziałem różnych społeczności i prób klinicznych, włącznie z poważnie otyłymi osobami zakwalifikowanymi do operacji bariatrycznych.^{10,35,36}

Częstość występowania zespołu kompulsyjnego objadania się w populacji ogólnej wynosi 2-3%,² jest jednak znacznie wyższa wśród pacjentów ośrodków zajmujących się leczeniem nadwagi (30%) oraz wśród osób cierpiących na poważną otyłość (50%).³⁷ Zespół kompulsyjnego objadania się występuje zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, jest rozpoznawany w wielu różnorodnych populacjach i dotyczy osoby z różnych grup wiekowych (pomiędzy 25. a 50. r.ż.).² Dolegliwości somatyczne związane z tym zaburzeniem są zazwyczaj następstwem otyłości.³⁸ Mimo że wyniki niektórych badań sugerują, że zespół kompulsyjnego objadania się może być wskaźnikiem prognostycznym problemów z uzyskaniem dobrych wyników leczenia otyłości, dane na ten temat są rozbieżne. Ponieważ wielu pacjentów cierpiących na zespół kompulsyjnego objadania się to osoby z nadwagą lub otyłością, nie do końca wiadomo, czy powinno się najpierw skierować pacjenta na leczenie otyłości metodą behawioralną czy rozpocząć leczenie zespołu kompulsyjnego objadania się. Trwają gorące dyskusje na ten temat. Niektóre dowody

Tabela 2. Wskazówki dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

Sposób postępowania w ramach podstawowej opieki zdrowotnej	Podsumowanie kluczowych zagadnień związanych z postępowaniem z osobami cierpiącymi na zaburzenia odżywiania się
Diagnostyka/ocena stanu zdrowia	<p>Pacjentki z zaburzeniami odżywiania się, które objadają się i prowokują wymioty, ale mają niską masę ciała (BMI < 18,5) i brak miesiączki, spełniają kryteria rozpoznania anoreksji typu bulimicznego</p> <p>SCOFF jest krótkim testem przesiewowym, który charakteryzuje się wysoką swoistością i czułością w rozpoznawaniu anoreksji i bulimii</p> <p>W ocenie występowania epizodów kompulsyjnego objadania się należy pamiętać o rozróżnieniu objadania się od przejadania</p> <p>Należy ocenić, czy pacjenci, którzy zostali skierowani do szpitala na leczenie otyłości, oraz ci, którzy są poważnie otyli, nie cierpią na zespół kompulsyjnego objadania się lub zespół jedzenia nocnego</p> <p>Do rozpoznania zespołu jedzenia nocnego konieczne jest występowanie wieczornej hiperfagii i jedzenia nocnego</p>
Leczenie objawów somatycznych	<p>Jest niewiele dowodów na skuteczność stosowania środków antykonceptyjnych w zapobieganiu ubytkowi masy kostnej u chorych na zaburzenia odżywiania się kobiet, które przestały miesiączkować</p> <p>Hipokaliemia i zaburzenia pracy jelit to dwa najczęstsze powikłania bulimii</p> <p>Somatyczne objawy zespołu kompulsyjnego objadania się są zazwyczaj skutkami stosowania szkodliwych metod odchudzania lub otyłości</p>
Sugerowane metody leczenia	<p>Osoby w wieku dojrzewania cierpiące na anoreksję powinny być kierowane na terapię rodzinną prowadzoną wg modelu Maudsley</p> <p>SSRI mają niewielkie zastosowanie w leczeniu objawów zaburzeń odżywiania się lub zapobieganiu nawrotowi choroby w przypadku pacjentów z anoreksją</p> <p>Standardowe leczenie bulimii obejmuje stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej oraz podawanie leków psychotropowych (np. fluoksetyny)</p> <p>U pacjentów z zespołem jedzenia nocnego korzystne jest wszechstronne postępowanie, obejmujące terapię poznawczo-behawioralną, leczenie za pomocą leków psychotropowych oraz poradnictwo dietetyczne</p> <p>Stosowanie sertraliny przynosi korzystne efekty w leczeniu zespołu jedzenia nocnego</p>

BMI (body mass index) – wskaźnik masy ciała; SCOFF – (Sick – wymiotowanie, Control – kontrola, Others – inni, Fourteen – czternaście, Food – jedzenie), SSRI – selektywne inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny

empiryczne wskazują, że udział pacjenta w programie leczenia zespołu kompulsyjnego objadania się korzystnie wpływa na odległe wyniki walki z nadwagą.³⁹

Potwierdzono doświadczalnie, że najlepsze rezultaty w leczeniu kompulsyjnego objadania się przynosi psychoterapia poznawczo-behawioralna.³⁹⁻⁴⁴ Leczenie wyłącznie farmakologiczne za pomocą różnych leków okazało się mało skuteczne. W kilku badaniach klinicznych z randomizacją i kontrolą placebo wykazano, że sybutramina wpływa na redukcję zachowań związanych z kompulsyjnym objadaniem się oraz na spadek masy ciała [sybutramina została wycofana przez producenta z obrotu w odpowiedzi na wątpliwości ekspertów FDA i EMEA co do profilu bezpieczeństwa w niektórych populacjach pacjentów na podstawie m.in. badania klinicznego SCOUT – przyp. red.].⁴⁵ W badaniu z randomizacją i kontrolą placebo wykazano wyższy stopień remisji zespołu kompulsyjnego objadania się u badanych, którzy przyjmowali topiramát i jednocześnie brali udział w terapii poznawczo-behawioralnej, niż u tych, którym podawano tylko placebo. Pozytywny wpływ leczenia farmakologicznego wraz z terapią poznawczo-behawioralną na spadek masy ciała u otyłych, kompulsyjnie objadających się osób potwierdzają inne badania z randomizacją, w których pacjenci byli poddawani terapii poznawczo-behawioralnej i jednocześnie przyjmowali orlistat.⁴⁶ W terapii zespołu kompulsyjnego objadania się powinno się zatem łączyć psychoterapię z leczeniem farmakologicznym oraz poradnictwem dotyczącym właściwego odżywiania się.

Zespół jedzenia nocnego

Zespół jedzenia nocnego (NES – *night-eating syndrome*) został po raz pierwszy opisany przez Stunkarda i wsp.⁴⁷ już na początku lat 50. ubiegłego wieku jako zaburzenie, na które składają się poranna anoreksja, wieczorna hiperfagia oraz bezsenność. Częstość występowania tego zaburzenia jest tym większa, im większa zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie; w populacji ogólnej wynosi 1,5-5,2%, u otyłych pacjentów ambulatoryjnych – 6-14%, a u pacjentów wymagających operacyjnego leczenia otyłości – 8-42%.^{48,49}

Zespół jedzenia nocnego, zazwyczaj postrzegany jako odległy skutek zmian w dobowym rytmie odżywiania się, może nasilać się w wyniku stresu.⁵⁰ Zaburzenie to należy odróżnić od zaburzeń odżywiania się związanych ze snem, parasomni, która występuje w populacji dużo rzadziej i polega na spożywaniu nietypowego jedzenia lub substancji niespożywczych w stanie półprzytomnym lub w trakcie chodzenia w czasie snu, i może być związana z przyjmowaniem leków nasennych.⁵¹ Przeprowadzona niedawno ocena kryteriów diagnostycznych zespołu jedzenia nocnego pozwoliła wyróżnić trzy główne cechy charakterystyczne dla tego typu zaburzeń:

- wieczorna hiperfagia lub jedzenie w nocy
- trudności z zaśnięciem
- budzenie się ze snu.

Do rozpoznania zespołu jedzenia nocnego konieczne jest wystąpienie dwóch pierwszych objawów.⁴⁹

Behawioralne i psychologiczne objawy towarzyszące zespołowi jedzenia nocnego zostały szczegółowo opisane w piśmiennictwie medycznym. Stwierdzono, że osoby, które jedzą w nocy, spożywają więcej posiłków w ciągu doby (9,3 v. 4,2 posiłki) i większą część kalorii przyjmują w posiłkach spożywanych pomiędzy godziną 20. a 6. rano (>50% v. 36% w przypadku osób bez tych zaburzeń), znacznie częściej też budzą się w nocy.⁵¹ Nie ma jednak różnic w liczbie kalorii ogółem spożywanych w ciągu doby pomiędzy osobami chorymi a grupą kontrolną. Osoby z zespołem jedzenia nocnego mają tendencję do spożywania w nocy wysokowęglowodanowych przekąsek charakteryzujących się wysokim stosunkiem węglowodanów do białek (7:1).⁵¹ Zespół jedzenia nocnego związany jest też ze stanem obniżonego nastroju (szczególnie po godzinie 16.), depresją, codziennym stresem oraz niską samooceną, której poziom jest jednak wyższy niż w przypadku zespołu kompulsyjnego objadania się.^{48,49,51,52} Nawet u 40% osób cierpiących na zespół jedzenia nocnego mogą jednocześnie występować epizody kompulsyjnego objadania się. Jest to szczególnie częste wśród osób leczonych z otyłości. Prawdopodobieństwo współwystępowania obu typów zaburzeń odżywiania się jest jednak stosunkowo niskie w ogólnej populacji.⁴⁸

Podstawowe zaburzenia somatyczne u osób z zespołem jedzenia nocnego to otyłość oraz ograniczone możliwości zmniejszenia masy ciała. Na razie nie dysponujemy żadną potwierdzoną doświadczalnie, skuteczną metodą leczenia tego zaburzenia. W badaniach prowadzonych metodą otwartej próby oraz w badaniach klinicznych z randomizacją, a także w małych badaniach uwzględniających porady na odległość udzielane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wykazano pozytywny wpływ sertraliny na zmniejszenie epizodów jedzenia nocnego, spadek masy ciała oraz poprawę nastroju pacjentów.⁵³⁻⁵⁵

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej powinni podejrzewać zespół jedzenia nocnego u pacjentów walczących z otyłością lub u tych, którzy mają trudności ze schudnięciem pomimo wysiłku. W diagnostyce należy skupić się na ustaleniu, czy u pacjenta występuje wieczorna hiperfagia lub jedzenie nocą (po wieczornym posiłku), trudności z zaśnięciem oraz budzenie się ze snu. Trudności z zasypianiem w połączeniu z jedzeniem po wieczornym posiłku pokarmów, które zawierają 25-50% łącznej liczby kalorii przyjmowanych w ciągu doby, z dużym prawdopodobieństwem świadczą o wystąpieniu zespołu nocnego jedzenia.⁴⁹ Jeśli rozpoznanie potwierdzi się, lekarz powinien zachęcić pacjenta do regularnego spożywania posiłków w ciągu dnia, położyć szczególny nacisk na wprowadzenie zmiany godzin jedzenia oraz zwiększenie udziału białka w diecie. Pomocne może być – podobnie jak w przypadku innych zaburzeń odżywiania – skierowanie pacjenta do dietetyka. Należy ponadto ocenić nastrój oraz poziom stresu jako czynniki mogące wpływać na problemy w odżywianiu się. Wskazane jest, aby osoby z obniżonym nastrojem, żyjące w stresie oraz te, u których utrzymują się zachowania związane z nocnym jedzeniem, skierować na leczenie

psychiatryczne. Wielu pacjentów może skorzystać z udostępni-
onych im materiałów edukacyjnych.⁵⁶

Zaburzenia odżywiania się nieokreślone w inny sposób

Większość pacjentów z zaburzeniami odżywiania się kierowa-
nych do szpitala to osoby z rozpoznaniem tzw. zaburzeniem od-
żywiania się nieokreślonym w inny sposób (EDNOS – *eating di-*
sorder not otherwise specified). Zaburzenia tego typu zostały opisane
w „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”
(wydanie czwarte, tekst zmieniony) jako poważne kliniczne za-
burzenie odżywiania się, którego objawy nie mieszczą się w dia-
gnostycznych kryteriach dla anoreksji lub bulimii.⁵⁷ EDNOS jest
obecnie określane jako „kategoria diagnostyczna wymagająca
dalszych badań”, dlatego u pacjentów z zaburzeniem typu kom-
pulsyjnego objadania się (BED) można także postawić formal-
ne rozpoznanie EDNOS. Ponadto EDNOS może stanowić formal-
ne rozpoznanie kliniczne w niektórych przypadkach osób
z zespołem jedzenia nocnego, u których stwierdza się szczegól-
nie problematyczne zaburzenia, ze względu na historyczny brak
jednomyślności we wskazówkach klinicznych. Innym przykła-
dem, kiedy można ustalić rozpoznanie EDNOS, są przypadki,
w których u kobiety stwierdzono wszystkie objawy charaktery-
styczne dla anoreksji, ale jej cykl menstruacyjny został zachowa-
ny. Jeszcze inny przykład to pacjenci, u których zgodnie z obja-
wami można by stwierdzić bulimie, ale zachowanie związane
z kompulsywnym objadaniem się występuje u nich rzadziej niż
dwa razy w tygodniu, lub osoby z prawidłową masą ciała, u któ-
rych występują zachowania kompensacyjne po spożyciu nie-
wielkiej ilości jedzenia.⁵ Niezgodność objawów z kryteriami
ustalonymi dla anoreksji i bulimii nie wyklucza występowania
zaburzeń odżywiania się u pacjenta. W rzeczywistości, u chorych
z zaburzeniami zaklasyfikowanymi jako EDNOS zauważono, że

nasilenie ogólnych objawów psychicznych jest duże, przebieg
choroby ciężki, a główne objawy psychopatologiczne są podob-
ne do tych, które występują u chorych na anoreksję lub bulimie.⁵⁷
W tabeli 2 zostały opisane metody diagnostyczne, metody tera-
pii oraz sugestie dotyczące sposobu leczenia poszczególnych za-
burzeń odżywiania się.

Podsumowanie

Zaburzenia odżywiania się to poważne zaburzenia psychiczne,
powiązane z wieloma współwystępującymi chorobami somatycz-
nymi, negatywnie wpływającymi na zdrowie psychiczne i poważ-
nie pogarszającymi jakość życia. Biorąc pod uwagę skutki choro-
by oraz fakt, że zapotrzebowanie na opiekę medyczną wśród
osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się jest stosunkowo
duże, istotne wydaje się, aby lekarze potrafili trafnie rozpoznawać
te zaburzenia. Mimo że opisane typy zaburzeń odżywiania się róż-
nią się pod względem grup, w których występują, ciężkości i ob-
jawów, we wszystkich przypadkach najlepsze skutki przynoszą
skoordynowane, multidyscyplinarne działania łączące specjali-
styczne leczenie psychiatryczne z opieką medyczną i monitoro-
waniem stanu pacjenta. Ważne jest również, aby pamiętać, że oso-
by cierpiące na różne zaburzenia odżywiania się, od anoreksji do
zespołu jedzenia nocnego, łączą poczucie zakłopotania spowodo-
wane niezdolnością do kontrolowania jedzenia i masy ciała lub
strach przed oceną ich stanu zdrowia przez lekarzy. Opanowany,
cierpliw lekarz, nieoceniający postawy pacjenta i mający plan po-
stępowania może skutecznie pomóc takim osobom.

Adres do korespondencji: Leslie A. Sim, PhD, Department of Psychiatry and Psy-
chology, Mayo Clinic, 200 First St SW, Rochester, MN 55905, USA. E-mail:
sim.leslie@mayo.edu

Translated and reproduced with permission from Mayo Clinic Proceedings.

Piśmiennictwo:

1. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, et al. Health service utilization for eating disorders: findings from a community-based study. *Int J Eat Disord* 2007;40(4):399-408.
2. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2007;61(3):348-358.
3. Walsh JM, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation and treatment of eating disorders: the role of the primary care physician. *J Gen Intern Med* 2000;15(8):577-590.
4. Currin L, Schmidt U, Waller G. Variables that influence diagnosis and treatment of the eating disorders within primary care settings: a vignette study. *Int J Eat Disord* 2007;40(4):257-262.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
6. Attia E, Roberto C. Should amenorrhea be a criterion for AN. *Int J Eat Disord* 2009;42(7):581-589.
7. Perry L, Morgan J, Reid F, et al. Screening for symptoms of eating disorders: reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. *Int J Eat Disord* 2002;32(4):466-472.
8. Stice E, Telch C, Rizvi S. Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge eating disorder. *Psychol Assess* 2000;12(2):123-131.
9. Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983;2(2):15-34.
10. Spitzer RL, Yanovski SZ, Marcus MD. *Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)*. New York, NY: New York State Psychiatric Institute 1993.
11. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, et al. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *Am J Psychiatry* 2008;165(2):245-250.
12. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 1997;22(3):339-360.
13. Katzman DK. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *Int J Eat Disord* 2005;37(suppl):S52-S59.
14. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995;152(7):1073-1074.
15. Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, et al. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(5):810-818.
16. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003;361(9355):407-416.
17. Godart N, Berthoz S, Rein Z, et al. Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia? *Int J Eat Disord* 2006;39(8):772-778.
18. Mehanna HM, Moledina J, Travis J. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. *BMJ* 2008;336(7659):1495-1498.
19. Rome ES, Ammerman S. Medical complications of eating disorders: an update. *J Adolesc Health* 2003;33(6):418-426.
20. Golden NH, Lanzkowsky L, Schebendach J, et al. The effect of estrogen-progestin treatment on bone mineral density in anorexia nervosa. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002;15(3):135-143.
21. Sim LA, McGovern L, Elamin MB, et al. Effect on bone health of estrogen preparations in premenopausal women with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2010;43(3):218-225.
22. Strokosch GR, Friedman AJ, Wu SC, Kamin M. Effects of an oral contraceptive (norgesti-

- mate/ethinyl estradiol) on bone mineral density in adolescent females with anorexia nervosa: double blind, placebo-controlled study. *J Adolesc Health* 2006;39(6):819-827.
23. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *Am J Psychiatry* 2000;157(1, suppl):1-39.
 24. Dare C, Eisler I, Russell G, et al. The clinical and theoretical impact of a controlled trial of family therapy in anorexia nervosa. *J Marital Fam Ther* 1990;16(1):39-57.
 25. Eisler I, Dare C, Hodges M, et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41(6):727-736.
 26. Eisler I, Dare C, Russell G, et al. A five-year follow-up of a controlled trial of family therapy in severe eating disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(11):1025-1030.
 27. Le Grange D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Clin Psychiatry* 1994;55(12):727-739.
 28. Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;295(22):2605-2612.
 29. Fairburn CG, Beglin SJ. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1990;147(4):401-408.
 30. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999;319(7223):1467-1468.
 31. Luck AJ, Morgan JF, Reid F, et al. The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *BMJ* 2002;325(7367):755-756.
 32. Parker SC, Lyons J, Bonner J. Eating disorders in graduate students: exploring the SCOFF questionnaire as a simple screening tool. *J Am Coll Health* 2005;45(3):103-107.
 33. Mitchell JE, Agras S, Wonderlich S. Treatment of bulimia nervosa: where are we and where are we going? *Int J Eat Disord* 2007;40(2):95-101.
 34. Cremonini F, Camilleri M, Clark MM, et al. Associations among binge-eating behavior patterns and gastrointestinal symptoms: a population based study. *Int J Obes* 2009;33(3):342-353.
 35. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Subtyping binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(6):1066-1072.
 36. Elder KA, Grilo CM, Masheb RM, et al. Comparison of two self-report instruments for assessing binge eating in bariatric surgery candidates. *Behav Res Ther* 2006;44(4):545-560.
 37. Walsh BT, Wilfley DE, Hudson JI. *Binge Eating Disorder: Progress in Understanding and Treatment* (educational monograph). Wayne, NJ: Health Learning Systems; 2003.
 38. Pomeroy C. Assessment of medical status and physical factors. In: Thompson JK, ed. *Handbook of Eating Disorders and Obesity*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc 2004:88-111.
 39. Agras WS, Telch CF, Arnow B, et al. One year follow-up of cognitive behavioral therapy for obese individuals with binge-eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(2):343-347.
 40. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa: longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive-behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(6):419-428.
 41. Marcus M, Wing R, Fairburn C. Cognitive treatment of binge eating versus behavioral weight control in the treatment of binge eating disorder. *Ann Behav Med* 1995;17:5090.
 42. Agras WS, Telch CF, Arnow B, et al. Weight loss, cognitive behavioral and desipramine treatments in binge-eating disorder: an additive design. *Behav Ther* 1994;25(2):225-238.
 43. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, et al. A randomized comparison of group cognitive behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(8):713-721.
 44. Wolff GE, Clark MM. Improvements in eating self-efficacy and body image disturbance following cognitive behavioral group therapy for binge eating disorder: a clinical study. *Eat Behav* 2001;2(2):97-104.
 45. Wilfley DE, Crow SJ, Hudson JI, et al.; Sibutramine Binge Eating Disorder Research Group. Efficacy of sibutramine for the treatment of binge eating disorder: a randomized multicenter placebo-controlled double blind study. *Am J Psychiatry* 2008;165(1):51-58.
 46. Grilo CM, Masheb RM, Salant SL. Cognitive behavioral therapy guided self-help and orlistat for the treatment of binge eating disorder: a randomized double blind, placebo controlled trial. *Biol Psychiatry* 2005;57(10):1193-1201.
 47. Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG. The night eating syndrome: a pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med* 1955;19(1):78-86.
 48. Colles L, Dixon JB, O'Brien PE. Night eating syndrome and nocturnal snacking: association with obesity, binge eating and psychological distress. *Int J Obes (Lond)* 2007;31(11):1722-1730.
 49. Allison KC, Engel SG, Crosby RD, et al. Evaluation of diagnostic criteria for night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Eat Behav* 2008;9(4):398-407.
 50. Allison KC, Ahima RS, O'Reardon JP, et al. Neuroendocrine profiles associated with energy intake, sleep, and stress in the night eating syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90(11):6214-6217.
 51. Birketvedt GS, Florholmen J, Sundsfjord J, et al. Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night eating syndrome. *JAMA* 1999;282(7):657-663.
 52. Gluck ME, Geliebter A, Satov T. Night eating syndrome is associated with depression, low self esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obes Res* 2001;9(4):264-267.
 53. O'Reardon JP, Stunkard AJ, Allison KC. A clinical trial of sertraline in the treatment of night eating syndrome. *Int J Eat Disord* 2004;35(1):16-26.
 54. O'Reardon JP, Allison KC, Martino NS, et al. A randomized placebo controlled trial of sertraline in the treatment of night eating syndrome. *Am J Psychiatry* 2006;163(5):893-898.
 55. Stunkard AJ, Allison KC, Lundgren JD, et al. A paradigm for facilitating pharmacotherapy at a distance: sertraline in the treatment of the night eating syndrome. *J Clin Psychiatry* 2006;67(10):1568-1572.
 56. Allison KC, Stunkard AJ, Thier SL. *Overcoming Night Eating Syndrome: A Step-by-Step Guide to Breaking the Cycle*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc 2004.
 57. Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K, et al. The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behav Res Ther* 2007;45(8):1705-1715.