

Robert Opora  
ORCID: 0000-0002-1560-4136  
Uniwersytet Gdański

# Model uzależnienia w rozumieniu filozofii grup samopomocowych a terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu napadowego objadania się

The “Addiction Model” in the Sense of Philosophy  
of Self-help Support Groups and Cognitive  
Behavioral Therapy in the Treatment of Binge  
Eating

## ABSTRACT

Addictions may appear in many normal and even everyday human behaviors. Mechanisms typical of addiction can also be seen in other disorders identified in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5): binge eating, for example.

The article points out the similarities between the symptoms of binge eating and addiction to psychoactive substances. The traditional understanding of addiction is adopted, referring to the philosophy of self-help groups and the strategic and structural concept. Next, the differences between these disorders are discussed. The article then presents the differences between the adopted model of addiction and cognitive behavioral therapy in the treatment of binge eating. Reference is also made to research on the mechanisms underlying

## KEYWORDS

binge eating, addition,  
therapy, control, clinical  
differences

## SŁOWA KLUCZOWE

napadowe objadanie  
się, uzależnienie,  
terapia, kontrola,  
różnice kliniczne

SPI Vol. 26, 2023/2  
e-ISSN 2450-5366

DOI: 10.12775/SPI.2023.2.004  
Nadesłano: 16.02.2023  
Zaakceptowano: 13.04.2023

the disorder. Subsequently, based on the described differences, the implications for therapy in people with binge eating disorder are presented. These differences primarily concern cognitive, affective, and behavioral aspects.

For the purposes of the article, the diagnostic criteria for binge eating disorder and for alcohol use disorders presented in the DSM-5 are used. In addition, an analysis of the literature on the subject was carried out and the collected information was supplemented with observations from the author's clinical practice.

## ABSTRAKT

Uzależnienia mogą się pojawiać w obszarze wielu ludzkich zachowań, które należą do normalnego, a nawet podstawowego dla życia sposobu postępowania. Mechanizmy typowe dla uzależnienia mogą być dostrzegane również w innych zaburzeniach wskazanych w DSM-5. Jednym z nich jest napadowe objadanie się.

W artykule wskazano na podobieństwa między objawami napadowego objadania się a uzależnieniem od środków psychoaktywnych. Przyjęto tradycyjne rozumienie uzależnienia nawiązujące do filozofii grup samopomocowych oraz koncepcji strategiczno-strukturalnej. Najpierw omówione zostały różnice między tymi zaburzeniami. Następnie przedstawiono różnice między przyjętym „tradycyjnym modelem uzależnienia” a terapią poznawczo-behawioralną w leczeniu napadowego objadania się. Odwołano się również do badań nad mechanizmami leżącymi u podłoża dyskutowanych zaburzeń. W dalszej kolejności na podstawie opisanych różnic zostały przedstawione implikacje do terapii osób z napadowym objadaniem się. Różnice te przede wszystkim dotyczyły aspektów poznawczych, afektywnych i behawioralnych.

Na potrzeby realizacji celu sformułowanego w artykule posłużono się kryteriami diagnostycznymi zaburzenia z napadami objadania się oraz kryteriami diagnostycznymi zaburzeń związanych z używaniem alkoholu przedstawione w Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych DSM-5. Ponadto przeprowadzono analizę literatury z zakresu poruszanych zagadnień. Zebrane informacje uzupełniono o obserwacje pochodzące z własnej praktyki klinicznej.

## Wprowadzenie

Współcześnie wzrasta liczba obserwacji i badań wskazujących na powszechność występowania różnorodnych uzależnień nazywanych w potocznym języku nałogami (Cierpiałkowska 2018). Coraz częściej, nie tylko w specjalistycznych placówkach terapeutycznych, ale w rozmowach codziennych i w mediach pojawiają się słowa „alkoholizm”, „narkomania”, „lekomania”, „nikotynizm”, „seksuholizm”, „pracoholizm”. Najbardziej znane rodzaje tych schorzeń związane są z zażywaniem środków odurzających, które wywierają wpływ na stany psychiczne. Niektórzy uważają, że uzależnienia ograniczają się tylko do patologicznego zażywania tych i podobnych substancji. Tymczasem okazuje się, że uzależnienie rozumiane jako poważne i niebezpieczne zaburzenie zdrowia jednostki może się pojawić także w obszarze wielu zachowań, które należą do normalnego, a nawet podstawowego dla życia sposobu postępowania. Tak więc, w pewnych okolicznościach, nałogową i niebezpieczną formę mogą przyjmować zachowania związane z życiem seksualnym, z wykonywaniem pracy, z ćwiczeniami fizycznymi, z uprawianiem gier czy też odżywianiem. Zapewne w przypadku tych zaburzeń można znaleźć wspólne mianowniki, co jednocześnie nie wyklucza obecności różniących ich elementów.

Celem artykułu jest wskazanie na podobieństwa i różnice między zaburzeniem związanym z używaniem substancji psychoaktywnej a wprowadzonym do DSM-5 nowym zaburzeniem określanym mianem napadowego objadania się. W artykule przyjęto tradycyjne rozumienie uzależnienia nawiązujące do filozofii grup samopomocowych oraz koncepcji strategiczno-strukturalnej.

W dalszej części analizy przedstawiono różnice między przyjętym modelem uzależnienia a terapią poznawczo-behawioralną w leczeniu napadowego objadania się. W tym celu odwołano się do badań nad mechanizmami leżącymi u podłoża dyskutowanych zaburzeń. Poznanie tych zależności ma charakter aplikacyjny, gdyż może być istotne dla leczenia problemów związanych z napadowym objadaniem się.

W obliczu przyjętych założeń pojawia się pytanie, czy jeśli nawet napadowe objadanie się samo w sobie nie jest uzależnieniem, to czy istniejące między nim a nadużywaniem środków odurzających

podobieństwa mogą wskazywać na potencjalną zależność? Czy oba te problemy mogą być rezultatem tych samych stanowiących ich podstawę zaburzeń?

Zaburzenia napadowego objadania się są nowo wyodrębnionym zaburzeniem odżywiania się, ujętym w najnowszym Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych DSM-5. Zaburzenie cechuje się nawracającą utratą kontroli nad ilością i sposobem jedzenia, a także ponoszeniem konsekwencji psychicznych wynikających z przejadania się.

Według klasyfikacji DSM-5 do podstawowych kryteriów napadowego objadania się zaliczamy:

- A. Powtarzające się epizody niepohamowanego jedzenia.
- B. Współwystępowanie z powyższym przynajmniej czterech z następujących objawów:
  1. jedzenie dużo szybsze niż normalnie,
  2. jedzenie aż do nieprzyjemnego uczucia pełności,
  3. jedzenie dużych porcji, pomimo nieodczuwania fizycznego głodu,
  4. jedzenie w samotności z powodu wstydu/zakłopotania jedzeniem,
  5. odczuwanie wstrętu do siebie, depresji lub winy po przejedzeniu.
- C. Wyraźne cierpienie dotyczące niepohamowanego jedzenia.
- D. Występowanie niepohamowanego jedzenia co najmniej jeden raz w tygodniu przez trzy miesiące.
- E. Brak powtarzających się czynności kompensacyjnych w związku niepohamowanym jedzeniem.

Zaburzenia z napadami objadania się rozpoznaje się pośród 15,7–40% otyłych osób. W populacji ogólnej odsetek ten jest znacznie niższy i wynosi 1,12 – 6,6% (Bok-Sosnowska 2017). W środowisku naukowym i klinicznym, ze względu na pewną analogię do uzależnienia od alkoholu, można się spotkać z myśleniem o napadowym objadaniu się jak o uzależnieniu od alkoholu. Klinicyści i badacze od wielu lat spierają się o definicję uzależnienia. Zgodnie z DSM-5 zaburzenie związane z używaniem substancji psychoaktywnej jest definiowane jako podstawowe zachowanie osób, które niewłaściwie używają substancji. Należy podkreślić, że w DSM-5 kryteria zaburzenia związanego z używaniem alkoholu są takie same, jak

każdego innego zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej. W znowelizowanej wersji DSM-5 mamy do czynienia z zaburzeniem związanym z używaniem alkoholu z podziałem na stopnie ciężkości w zależności od ilości zaobserwowanych objawów w ostatnich 12 miesiącach. Do symptomów zaburzenia związanego z używaniem alkoholu zaliczamy:

- spożywanie alkoholu w większych ilościach lub przez dłuższy czas niż zamierzano,
- uporczywe pragnienie picia alkoholu albo towarzyszące temu nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania picia,
- poświęcanie dużej ilości czasu na aktywności związane ze zdobywaniem alkoholu, piciem i likwidowaniem negatywnych skutków,
- głód alkoholu lub silna potrzeba picia,
- nawracające spożywanie alkoholu powodujące zaniedbanie głównych obowiązków w pracy, szkole czy w domu,
- spożywanie alkoholu pomimo ciągłych i nawracających problemów społecznych i interpersonalnych spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu,
- ograniczanie czy porzucanie z powodu alkoholu ważnych aktywności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych,
- powtarzające się spożywanie alkoholu w sytuacjach, w których jest to ryzykowne (np. prowadzenie samochodu lub obsługiwanie maszyn przez osobę znajdującą się pod wpływem alkoholu),
- spożywanie alkoholu pomimo ciągłych bądź nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, prawdopodobnie spowodowanych lub pogłębionych działaniem alkoholu,
- ujawnienie się tolerancji na alkohol związanej z potrzebą spożycia istotnie większej ilości alkoholu celem osiągnięcia pożądanego efektu lub z widocznym znacznym zmniejszeniem efektu używania tej samej ilości alkoholu,
- występowanie charakterystycznych objawów abstynencyjnych spowodowanych przerwaniem picia bądź zredukowaniem alkoholu lub picie alkoholu/przyjmowanie substancji o podobnym działaniu z zamiarem złagodzenia albo uniknięcia objawów abstynencyjnych.

## Metoda

Na potrzeby realizacji celu sformułowanego w artykule wykorzystano kryteria diagnostyczne zaburzenia z napadami objadania się oraz kryteria diagnostyczne zaburzeń związanych z używaniem alkoholu zawartych w Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych DSM-5. Ponadto przeprowadzono analizę literatury z zakresu poruszanych zagadnień. Zebrane informacje uzupełniono o obserwacje pochodzące z własnej praktyki klinicznej.

Na wstępie wskazano na podobieństwa między objawami napadowego objadania się a uzależnieniem od środków odurzających. Następnie omówione zostały różnice między tymi zaburzeniami. W kolejnym kroku przedstawiono różnice między „tradycyjnym modelem uzależnienia” a terapią poznawczo-behawioralną w leczeniu napadowego objadania się. Również odwołano się do badań nad mechanizmami leżącymi u podłoża dyskutowanych zaburzeń. W dalszej kolejności na podstawie opisanych różnic zostały sformułowane sugestie do terapii osób z napadowym objadaniem się.

## Dyskusja

Istnieją teorie zakładające, że kompulsywne objadanie się zawiera trzy aspekty: fizyczny, emocjonalny i duchowy (Pawłowska, Kalka 2015). Przyjmują one, że kompulsywne objadanie, podobnie jak uzależnienie, można powstrzymać, ale nie wyleczyć. „Tradycyjny model uzależnienia” w leczeniu objadania kompulsywnego nawiązuje do fizjologicznego mechanizmu występującego również w uzależnieniu od alkoholu. Osoby doświadczające kompulsywnego objadania się zwykle mają biologiczną skłonność do pewnych pokarmów, co sprawia, że się od nich uzależniają. Nie potrafią kontrolować ich jedzenia, w efekcie konsumpcja tych pokarmów coraz bardziej wzrasta. Ze względu na biologiczne uwarunkowanie tego problemu całkowite jego wyleczenie nie jest możliwe. Osoby takie raczej muszą zaakceptować swoją skłonność i dostosować do niej swoje życie.

Z kolei pojęcie uzależnienia jest współcześnie stosowane w przypadkowy i mało precyzyjny sposób w odniesieniu do prawie każdej formy powtarzalnego zachowania (Wilson, Zandberg 2012). Przez

to traci ono na wartości. Posługiwanie się nim w tak swobodny sposób sugeruje, że każdy człowiek posiada jakiś nałóg.

Między tradycyjnym uzależnieniem od środków odurzających a napadowym objadaniem się można dostrzec podobieństwa, co może prowadzić do myślenia o napadowym objadaniu się jako uzależnieniu. W przypadku napadowego objadania się, podobnie jak i uzależnieniu od środków odurzających, mamy do czynienia z odczuwaniem przez człowieka pragnienia lub chęci angażowania się w to zachowanie. Obserwujemy również w obu przypadkach utratę kontroli nad zachowaniem, nieodparte i powracające myśli na temat tego zachowania. Każde z tych zachowań może zostać wykorzystane jako sposób pozbycia się nieprzyjemnych emocji. Dodatkowo osoby doświadczające omawianych dolegliwości zaprzeczają powstającym problemom i usiłują je ukrywać. Mimo doświadczanych szkód nie są w stanie powstrzymać się od tego zachowania. Zwykle przejawia się to w nieudanych próbach poradzenia sobie z doświadczanym problemem.

Przedstawione podobieństwa nie oznaczają, że zachowania te są takie same. Koncentrowanie się wyłącznie na podobieństwach może prowadzić do pomijania różnic istotnych dla ich zrozumienia oraz terapii.

Pierwszą znaczącą różnicą między napadowym objadaniem się a uzależnieniem od środków odurzających, na jaką można wskazać, jest fakt, że napadowe objadanie się nie polega na spożywaniu określonego rodzaju pokarmów. Osoby cierpiące na napadowe objadanie się nie przedkładają wybranych pokarmów nad inne (Hebebrand, Albayrak i in. 2014). Zapewne gdyby zaburzenie to było uzależnieniem u danej osoby, przedkładałaby ona wybrane pokarmy nad inne. Podstawowym objawem zaburzenia przejawiającego się napadowym objadaniem się jest ilość, a nie rodzaj spożywanego pokarmu.

Kolejną różnicą jest istnienie w przypadku napadowego objadania się determinacji do rygorystycznego kontrolowania spożywanych pokarmów. Natomiast osoby uzależnione od alkoholu nie są wewnętrznie zdeterminowane do jego unikania, co prowadzi do utraty nad nim kontroli (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda 2013). Stopień, w jakim osoba uzależniona czuje się gotowa do zmiany, zależy od wpływu wewnętrznych i zewnętrznych czynników motywacyjnych, co sprawia, że przechodzi ona przez określone

fazy gotowości do zmiany (Holt, Kranitz, Cooney 2013). Można stwierdzić, że w kontekście uzależnień, podobnie jak w przypadku utraty wagi, prawdziwym wyzwaniem jest utrzymanie zmian. Istnieją różnorodne grupy samopomocy, których celem jest pomoc osobom uzależnionym w procesie zmiany. Różnią się one między sobą pod względem stopnia nacisku jaki kładą na abstynencję. Za największą i najpopularniejszą instytucję samopomocy w kontekście uzależnień uznaje się grupy bazujące na programie dwunastu kroków (Miller, Forcehimes, Zweben 2022). W ich programach odstawowym celem terapii uzależnień jest wzbudzenie determinacji do powstrzymania się od uzależniających zachowań (Miller, Forcehimes, Zweben 2022). W przypadku napadowego objadania się zwykle, kiedy dana osoba zgłasza się po pomoc, owa determinacja jest już obecna w postaci chęci do rygorystycznego kontrolowania pokarmów (Ziauddeen, Farooqi, Fletcher 2012). Wówczas sami pacjenci często twierdzą, że „chcę kontrolować swoją kontrolę”. Nieodparta chęć kontrolowania spożywanego jedzenia sama w sobie stanowi problem, ponieważ podtrzymuje napadowe objadanie się (Gearhardt, White, Potenza 2011).

Dodatkową różnicą, jaką można wskazać między napadowym objadaniem się a uzależnieniem od środków odurzających, jest odczuwanie strachu przez osoby objadające się przed zaangażowaniem się w to zachowanie. Chęci uzyskania mniejszej wagi ciała większości problemów z napadowym objadaniem się towarzyszy przecenianie znaczenia własnej figury i wagi (Łuszczynska 2016). Poczucie własnej wartości jest kształtowane przede wszystkim na podstawie własnego wyglądu i wagi. Obserwowane spadki wagi działają nagradzająco i sprzyjają stosowaniu stałej i rygorystycznej diety. W rezultacie prowadzi to do umocnienia zaburzenia. W przypadku uzależnienia od środków odurzających nie obserwujemy podobnego mechanizmu. Osoby uzależnione od środków odurzających nie sięgają po nie z tego powodu, że pragną ich uniknąć. Zazwyczaj ich proces powrotu do zdrowia rzadko sprowadza się do jednego postanowienia, które nigdy nie zostaje złamane. Najczęściej obserwujemy coraz dłuższe okresy abstynencji przerywane coraz krótszymi i mniej intensywnymi epizodami używania substancji (Klingemann H., Klingemann J. 2013). Natomiast osoby cierpiące na napadowe objadanie się objadają się ze względu na silne pragnienie ograniczenia tego zachowania (Fairburn 2013).



W związku z powyższym, można dostrzec, że u podstaw napadowego objadania się i uzależnienia od środków odurzających leżą odmienne mechanizmy. Oznacza to, że w przypadku tych zaburzeń należy podejmować inne oddziaływania terapeutyczne. W większości problemów związanych z napadowym objadaniem się terapia powinna być skoncentrowana na powściągnięciu samokontroli. Natomiast w terapii uzależnień należy skoncentrować się na jej wzmocnieniu.

Warto podkreślić, że część osób przejawiających zaburzenia napadowego objadania się nie odchudza się w szczególnie intensywny sposób. U nich napady objadania się nie muszą być wywołane stosowaniem diety lub też może to mieć mniejsze znaczenie. Dostrzega się, że większe znaczenie mają prawdopodobnie problemy radzenia sobie ze stresem (Kupeli, Norton i in. 2017). Pozwala to wnioskować, że między mechanizmami wywołującymi napady objadania się a tymi prowadzącymi do uzależnienia od alkoholu może istnieć pewna zależność. Wydaje się, że kluczową rolę w rozpowszechnianiu się nałogów odgrywa dążenie do uzyskania kontroli nad stanem swoich uczuć w celu złagodzenia cierpienia i zapewnienia sobie poczucia przyjemności (Miller, Forcehimes, Zweben 2022). Obecność tego dążenia w życiu człowieka wydaje się zrozumiała, ale niektóre sposoby jego realizacji mogą prowadzić do poważnych zagrożeń. Nadmiernie eksploatowane sposoby służące do uzyskania panowania nad stanem własnych uczuć mogą się przekształcać w pułapki nałogów. Człowiek staje się niewolnikiem tych sposobów – traci zdolności do dowolnego ich używania i to one używają jego. Te współczesne sposoby prowadzące do osiągania „szczęścia” można podzielić na dwie kategorie: używki (alkohol, leki, narkotyki, papierosy) oraz pewne zachowania (jedzenie, praca, seks, rozrywka, gry, ćwiczenia fizyczne). Gdy uporczywe poszukiwanie szczęścia coraz częściej utożsamiane z dążeniem do uzyskiwania przyjemności zaczyna dominować w życiu jednostki – wtedy przyjemność odślania swoją drugą stronę i zamienia się w przymusowe i rozpaczliwe próby łagodzenia cierpienia. Tak więc natarczywe sięganie po przyjemność prowadzi człowieka do cierpienia, którego nie można uniknąć inaczej, jak przez powtarzanie czynności, które mu cierpienie sprawia (Linehan 2016).

Badania wskazują, że spożywanie alkoholu przez osoby z zaburzeniami napadowego objadania się jest podwyższone, jednak wynik ten jest trudny do zinterpretowania, gdyż nie różni się on od wskaźnika

nadużywania alkoholu przez osoby z innymi zaburzeniami psychicznymi (Karacie i in. 2011). Podobnie wygląda sytuacja z występowaniem problemów z odżywianiem się u osób uzależnionych od środków odurzających. Dostrzega się podwyższony wskaźnik tych problemów u osób uzależnionych, jednak można stwierdzić, że jest on niespecyficzny, gdyż tego rodzaju problemy występują również u osób z innymi zaburzeniami psychicznymi takimi jak stany lękowe czy depresja (Ziauddeen, Farooqi, Fletcher 2012).

Istnieją badania pokazujące występowanie podwyższonego wskaźnika nadużywania środków odurzających wśród członków rodziny osób doświadczających zaburzeń odżywiania, jednak również podobnie jak we wspomnianych powyżej badaniach wskaźnik ten nie jest wyższy niż w przypadku członków rodzin osób z innymi zaburzeniami psychicznymi (Kupeli i in. 2017). Pozwala to wnioskować, że różnią się one mechanizmem leżącym u ich podstaw. Gdyby były one takie same, to obserwowane byłyby różnice między omawianymi w podjętych badaniach zaburzeniami a pozostałymi zaburzeniami psychicznymi.

Również interesujący jest moment występowania omawianych zaburzeń oraz ich kolejność. Badania sugerują, że wśród osób uzależnionych od środków odurzających zwykle najpierw występują zaburzenia odżywiania (Fairburn 2013). Rezultat tych badań jest przewidywalny, gdyż problemy z odżywianiem zwykle pojawiają się we wcześniejszym okresie życia w porównaniu z problemami wynikającymi z używania środków odurzających. Jednak oba problemy mogą współwystępować. Wówczas leczenie tych osób może być trudniejsze (Fairburn 2013). Terapia takich pacjentów wymaga holistycznego podejścia i zwrócenia uwagi, czy pozbycie się jednego zaburzenia nie wpływa negatywnie na współwystępujący problem. Podjęte badania nad terapią osób z zaburzeniami odżywiania i spożywaniem przez nich alkoholu pokazały, że osoby doświadczające zaburzeń odżywiania podobnie reagują na terapię poznawczo-behawioralną niezależnie od ilości spożywanego alkoholu. Dodatkowo w trakcie terapii u większości osób nadużywających alkoholu obniżyło się spożycie alkoholu do granic normy (Kupeli i in. 2017). U osób, u których wzrosło spożycie alkoholu w czasie terapii zaburzeń odżywiania, dostrzeżono, że mimo poprawy w zakresie sposobu odżywiania się osoby te również słabo funkcjonowały w innych obszarach życia (Kupeli i in. 2017). Wskazuje to na fakt, że nie pojawił się efekt substytucji symptomu.

## Leczenie napadowego objadania się a model oparty na tradycyjnej terapii uzależnień

Zasady terapii uzależnień oparte na programie dwunastu kroków różnią się od terapii napadowego objadania się, która okazuje się przynosić pozytywne efekty. Przyjmując, że u podstaw napadowego objadania się leżą odmienne mechanizmy od tych będących u podstaw uzależnienia od środków odurzających, to należy stosować inne zasady leczenia. Osoby przyjmujące model terapii napadowego objadania się oparty na tradycyjnym podejściu do uzależnienia zalecają również wykorzystywanie programu dwunastu kroków przeznaczonego dla anonimowych alkoholików, w którym zmieniają słowo „alkohol” i „alkoholik” na „jedzenie” i „kompulsywny żarłok”. Uważają, że leczenie powinno wykorzystywać dorobek grup Anonimowych Alkoholików. Podejście to odbiega od terapii poznawczo-behawioralnej napadowego objadania się, która aktualnie posiada opinię najbardziej skutecznej. Różnice te dotyczą czterech kwestii.

W programie dwunastu kroków zakłada się, że zaburzenie odżywiania jest chorobą, której nie można wyleczyć. Na wzór filozofii Anonimowych Alkoholików przyjmuje się, że zaburzenie odżywiania jest chorobą postępującą, nieustannie się pogarszającą. Natomiast model terapii poznawczo-behawioralnej zakłada, że większość ludzi z dolegliwościami napadowego objadania się może powrócić do zdrowia (Fairburn 2008).

Kolejnym założeniem programu dwunastu kroków jest stwierdzenie, że najważniejsza jest natychmiastowa abstynencja. Kładzie on silny nacisk na jak najszybsze zaprzestanie objadania się. Na potrzeby osiągnięcia tego celu może być wykorzystywana presja grupy. Wiąże się to z otrzymywaniem pochwał przez osoby utrzymujące wstrzemięźliwość, a te, które nie były w stanie jej utrzymać, doświadczają społecznych sankcji, np. są pozbawiane głosu, a nawet mogą być poproszone o opuszczenie spotkania.

Według idei terapii poznawczo-behawioralnej natychmiastowe powstrzymanie objadania się jest nierealistyczne i mało prawdopodobne do osiągnięcia. Nacisk na abstynencję jest działaniem niehumanitarnym i irracjonalnym. Jeśli nawet są osoby, które potrafią poradzić sobie z doświadczanym problemem za pomocą dobrej rady i wsparcia, to są też takie, którym się to nie udaje. Potrzebują one więcej czasu.

Terapia poznawczo-behawioralna nie wymaga natychmiastowego zaprzestania objadania się. Natomiast terapia napadowego objadania się w ujęciu „tradycyjnego modelu uzależnień” przyjmuje za najlepszą strategię osiągnięcia wstrzemięźliwości całkowite, dożywotnie unikanie toksycznych pokarmów, które prowadzą do objadania się. Z kolei według podejścia poznawczo-behawioralnego taka strategia bardziej zachęca do jedzenia niż sprzyja unikaniu go. Przekonanie o tym, że niektóre pokarmy skłaniają ludzi do objadania się jest nieuzasadnione. Podejmowane badania i praktyka kliniczna wskazują, że to właśnie próby unikania określonego rodzaju pokarmów sprawiają, iż osoby przejawiają tendencję do objadania się (Ziauddeen, Farooqi, Fletcher 2012). Z tego powodu podczas terapii poznawczo-behawioralnej dąży się do wyeliminowania unikania jedzenia zamiast zachęcania do niego. Według założeń opartych na „tradycyjnym modelu uzależnienia” doprowadziłoby to do dalszego objadania się. Badania wskazują na istnienie odwrotnej zależności między dążeniem do rygorystycznego unikania jedzenia a objadaniem się (Fairburn 2013).

Warto zaznaczyć, iż do niedawna w terapii uzależnień przyjmowano, że nie można mieć częściowej kontroli nad doświadczanym uzależnieniem (Klingemann H., Klingemann J. 2013). Podchodzono do niej w sposób zerojedynkowy. Oznaczało to, że albo się ją ma, albo nie ma. Koncepcja upośledzenia kontroli, początkowo rozumiana wyłącznie jako trudność w powstrzymaniu się od picia, przeszła długą drogę rozwoju. Publikacja znowelizowanej wersji DSM-5 przyniosła znaczące zmiany w dziedzinie uzależnień. Według jej autorów zaburzenie używania alkoholu niesłusznie było uważane za stan nieuleczalny. Rozumienie używania alkoholu jako nasilającego się procesu umożliwiło określenie stopnia zaawansowania zaburzenia, którego głównym aspektem jest upośledzona kontrola. WHO wprowadziła kryteria uzależnienia od alkoholu do postaci elastycznych ścieżek. Jego diagnoza wymaga obecności dwóch lub trzech głównych cech, a jedną z nich jest upośledzona kontrola używania substancji. Dotyczy ona ilości spożywanego alkoholu, okoliczności oraz momentu rozpoczynania lub zakończenia picia. Często towarzyszy temu subiektywna, silna potrzeba, czyli głód alkoholu. W związku z powyższym znajomość zjawiska oraz określanie stopnia nasilenia upośledzenia kontroli stały się ważną umiejętnością z punktu widzenia praktyki klinicznej (Modrzyński 2019).

Posługiwanie się przekonaniem obowiązującym do czasu obowiązywania klasyfikacji DSM-4 w kontekście leczenia napadowego objadania się generowało myślenie, że jedzenie jest albo bezpieczne, albo szkodliwe. Podobnie albo się jest abstynentem, albo nie jest. Takie myślenie w terapii poznawczo-behawioralnej uznaje się za zniekształcenie poznawcze będące problemem, który wymaga rozwiązania. Nastawienie typu „wszystko albo nic” sprawia, że każde niepowodzenie jest postrzegane jako nawrót zaburzenia, a nie jako „krok wstecz”. W rezultacie, kiedy osoba ulegnie słabości, wówczas od razu bezzasadnie zniechęca się i poddaje.

Warto podkreślić, że osobom napadowo objadającym się przekonanie typu „wszystko albo nic” utrudnia codzienne życie i dotyczy różnych jego aspektów. Dlatego biorąc pod uwagę, że mimo wprowadzonych zmian w DSM-5 nadal w społeczeństwie pozostaje zakorzenione wcześniejsze myślenie o uzależnieniu, to uzasadniona wydaje się pomoc w rozpoznaniu tego schematu myślenia w celu jego wyeliminowania, a nie wzmacniania.

## Podsumowanie

Dla niektórych osób napad objadania się jest zwykłym odstępstwem od diety czy brakiem umiaru. Są jednak takie osoby, które postrzegają je jako częściową lub całkowitą utratę kontroli. Zapewne napadowe objadanie się stanowi problem wielu osób, jednak mimo to ich wiedza na ten temat wydaje się być niewystarczająca. Stanowi to źródło wielu niejasności i odmiennych spojrzeń na leczenie. Niewątpliwie „tradycyjny model terapii uzależnień” jest znacznie bardziej złożony i obejmuje wiele więcej aspektów i interwencji niż te przedstawione w artykule. Posiada on wiele zalet, do których przede wszystkim należy zaliczyć długoterminowe wsparcie oraz poczucie przynależności. Dodatkowo przejrzystość jego założeń sprawia, że niektórzy uznają go za atrakcyjny. Jednak o realizowanej terapii powinna decydować nie forma przekazu, lecz jej skuteczność. Zastosowanie „tradycyjnego modelu uzależnień” w terapii napadowego objadania się nie zostało dotąd poddane w pełni ewaluacji w przeciwieństwie do innych form terapii. Za jedną z najlepiej przebadanych form terapii napadowego objadania uznaje się terapię poznawczo-behawioralną. Uważa się ją za odpowiednią metodę leczenia

problemów z napadowym objadaniem się, ponieważ jej poznawcze elementy odnoszą się do poznawczych aspektów tych problemów, takich jak przecenianie znaczenia figury i wagi, reguł dietetycznych oraz dychotomicznego myślenia, natomiast jej behawioralne elementy odnoszą się do zaburzonego sposobu odżywiania się.

## Bibliografia

- Bok-Sosnowska M. (2017). *Kryteria różnicowe Zaburzenia z napadami objadania się i Uzależnienia od pożywienia w kontekście przyczyn otyłości oraz jej leczenia*, „Psychiatria Polska”, t. 51, nr 2, s. 247–259, doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/62824.
- Cierpiąłkowska L. (2018). *Uzależnienia behawioralne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Fairburn Ch.G. (2008). *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania*, przeł. M. Stec, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Fairburn Ch.G. (2013). *Jak pokonać objadanie się*, przeł. B. Radwan, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gearhardt A.N., White M.A., Potenza M.N. (2011). *Binge Eating Disorder and Food Addiction*, „Current Drug Abuse Reviews”, t. 4, nr 3, s. 201–207, doi:10.2174/1874473711104030201.
- Hebebrand J., Albayrak O., Adan R., J. Antel, C. Dieguez, J. de Jong, G. Leng, J. Menzies, J.G. Mercer, M. Murphy, G. van der Plasse, S.L. Dickson (2014). *Eating Addiction, Rather Than “Food Addiction”, Better Captures Addictive-like Eating Behavior*, „Neuroscience & Biobehavioral Reviews”, t. 47, s. 295–306, doi:10.1016/j.neubiorev.2014.08.016
- Holt L., Kranitz L., Cooney N. (2013). *Ocena czynników poznawczych i behawioralnych*, [w:] P. Miller (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 131–148.
- Karacie M., Wales J.A., Arcelus J., Palmer R.L., Cooper Z., Fairburn C.G. (2011). *Changes in Alcohol Intake in Response to Transdiagnostic Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders*, „Behaviour Research and Therapy”, t. 49, nr 9, s. 573–577, doi:10.1016/j.brat.2011.05.011.
- Klingemann H., Klingemann J. (2013). *Czy terapia jest koniecznością?*, [w:] P. Miller (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 268–286.
- Kupeli N., Norton S., Chilcot J., Campbell I.C., Schmidt U.H., Troop N.A. (2017). *Affect Systems, Changes in Body Mass Index, Disordered Eating and Stress: An 18-month Longitudinal Study in Women*, „Health Psychology and Behavioral Medicine”, t. 5, nr 1, s. 214–228, doi:10.1080/21642850.2017.1316667.

- Linehan M. (2016). *Terapia dialektyczno-behawioralna*, przeł. R. Andruszko, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Łuszczczyńska A. (2016). *Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z. (2013). *Integracyjna terapia uzależnień*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Miller W., Forcehimes A., Zweben A. (2022). *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, przeł. M. Cierpisz, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Modrzyński R. (2019). *Upośledzona zdolność kontrolowania picia alkoholu w ujęciu DSM-5. Implikacje dla praktyki klinicznej*, „Polskie Forum Psychologiczne”, t. 24, nr 2, s. 241–255, doi:10.14656/PFP20190206.
- Pawłowska M., Kalka D. (2015). *Poznawczo-motywacyjny model otyłości. Mechanizmy motywacyjne i inklinacje poznawcze w przetwarzaniu obrazów pożywienia przez osoby z nadmierną wagą*, „Psychiatria Polska”, nr 49(5), s. 983–991, <https://doi.org/10.12740/PP/30860>.
- Wilson G.T., Zandberg L.J. (2012). *Cognitive-behavioral Guided Self-help for Eating Disorders: Effectiveness and Scalability*, „Clinical Psychology Review”, t. 32, nr 4, s. 343–357, doi:10.1016/j.cpr.2012.03.001.
- Ziauddeen H., Farooqi I.S., Fletcher P.C. (2012). *Obesity and the Brain: How Convincing is the Addiction Model?*, „Nature Review Neuroscience”, t. 13, nr 4, s. 279–286, doi:10.1038/nrn3212.

## ADRES DO KORESPONDENCJI

Dr hab. Robert Opora, prof. UG  
 Uniwersytet Gdański  
 Instytut Pedagogiki  
 e-mail: robert.opora@ug.edu.pl