

Magdalena Wiśniewska,  
Nadia Kruszyńska,  
Anna Posadzy-Mańczyńska

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Szpital  
Kliniczny im. Heliodora Święcickiego,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

## Zaburzenia odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego — skala problemu i rozpoznanie

### Eating disorders in family physician's practice: scale of the problem and diagnostic clues

#### STRESZCZENIE

Osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania bardzo często pozostają niezdiagnozowane, mimo że zgłaszają się do lekarzy rodzinnych z somatycznymi objawami tych chorób. Dopóki pacjent nie mówi wprost o problemie, aż 68% lekarzy nie zadaje pytań w kierunku poprawnej diagnozy, co prowadzi do zaniedbania leczenia pacjenta aż do momentu, w którym mierzy się on z poważnymi konsekwencjami. Niniejsza praca pogładowa eksploruje potencjalne przyczyny tego problemu. Zaprezentowano w niej również narzędzia wspomagające poprawne diagnozowanie zaburzeń odżywiania: kwestionariusz SCOFF (*Sick, Control, Others, Fourteen, Food*), *Eating Disorder Diagnostic Scale*. Posłużenie się tymi metodami oraz uzupełnienie wiedzy lekarzy ma szansę zwiększyć rozpoznawalność tych chorób na ich wczesnym etapie, co jest bardzo ważne z perspektywy leczenia.

Forum Medycyny Rodzinnej 2020, tom 14, nr 3, 114–119

**Słowa kluczowe:** anoreksja, bulimia, zaburzenie z napadami objadania się, kompulsywne objadanie, rozpoznawanie zaburzeń odżywiania, SCOFF

#### ABSTRACT

A considerable number of patients with eating disorders (ED) remains undiagnosed, despite reporting somatic symptoms of ED to their doctors. If the patient doesn't address concerns directly, 68% of practitioners do not consider screening for an eating disorder. At the same time the condition develops, and leads to severe consequences. This review explores potential causes of this problem. Authors present useful diagnostic tools: SCOFF questionnaire (*Sick, Control, Others, Fourteen, Food*), *Eating Disorder Diagnostic Scale*. Increasing the early recognition of eating disorders is crucial for treatment effectiveness, and it can be improved by strengthening the practitioners' knowledge and the usage of these methods.

Forum Medycyny Rodzinnej 2020, tom 14, nr 3, 114–119

**Key words:** anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, recognition of eating disorders, SCOFF

#### Adres do korespondencji:

Magdalena Wiśniewska  
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej  
Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego  
UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu  
e-mail: mwisniewska@ump.edu.pl

Copyright © 2020 Via Medica  
ISSN 1897-3590

## WSTĘP

Celem pracy jest zwrócenie uwagi lekarzy rodzinnych na problem zaburzeń odżywiania (ZO), który dotyka coraz młodszych osób i może nieść za sobą poważne konsekwencje, ze zgonem włącznie. Problem jest istotny, ponieważ wielu lekarzy pomija go, skupiając się tylko na jednym objawie lub bagatelizując jego psychologiczne podłoże, co nie służy pacjentom. W niniejszej pracy przedstawione zostaną sposoby ułatwiające zwiększenie rozpoznawalności zaburzeń odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego.

Wyniki badań w literaturze tematu wskazują na zespół kompulsywnego objadania się jako najbardziej rozpowszechnione zaburzenie odżywiania (2,22% populacji), nieco rzadziej występują żarłoczność psychiczna (*bulimia nervosa*) — 0,81% oraz *anoreksja nervosa* — 0,21% [1]. Rozpowszechnienie jest większe wśród mieszkańców krajów zachodnich niż wśród mieszkańców Azji. Zaburzenia odżywiania znacznie częściej dotyczą kobiet (4–5%), jednak liczba zachorowań wśród chłopców i młodych mężczyzn stale rośnie [2]. Dodatkowo, 5–6% młodych kobiet spełnia kryteria nieokreślonego zaburzenia odżywiania [3]. Z uwagi na wysokie wskaźniki śmiertelności osób chorych na anoreksję i bulimię [4], problem wymaga szczególnej uwagi. Anoreksję uważa się za jedno z najpoważniejszych zaburzeń psychicznych [5]. Problem jest ważny w różnych grupach wiekowych i u obu płci. W związku z wtórnymi schorzeniami, osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania zgłaszają się do lekarzy rodzinnych (LR) częściej od swoich rówieśników [6], co daje lekarzom możliwość kierowania do innych specjalistów lub działań profilaktycznych w grupach ryzyka. Wczesne rozpoznanie wiąże się z lepszym rokowaniem [7]. Lekarze mający ciągłość opieki nad pacjentem, mają możliwość postawienia wstępnej diagnozy, skierowania osoby chorej do wybranych specjalistów i monitorowania przebiegu leczenia z pozycji osoby „koordynującej” proces. Wciąż

jednak często brakuje interwencji z ich strony, w związku z czym pacjenci rzadko są kierowani do specjalisty odpowiednio wcześniej. Takie wnioski można wyprowadzić na podstawie badań zagranicznych. Brakuje natomiast danych zebranych w polskim środowisku, co wymusza dokładniejszą obserwację problemu.

Z badań wynika, że lekarze czują się bardziej pewni siebie w zakresie diagnozowania niż w zakresie wdrażania planu leczenia omawianych zaburzeń [8]. Dane z USA wskazują, że aż 78% lekarzy zgłasza, iż mają wśród swoich pacjentów osoby z zaburzeniami odżywiania i łączy się to z dużym problemem terapeutycznym.

Lekarze zajmujący się zespołem kompulsywnego objadania się zaznaczają, że chcieliby prowadzić bardziej efektywne rozmowy z pacjentami, brakuje im też materiałów do pracy z nimi oraz chcieliby obserwować w swojej pracy lepsze rezultaty [9]. W zakresie leczenia zaburzeń odżywiania, 67% lekarzy przyznaje, że brakuje im ciągłego poszerzania wiedzy i kontaktu profesjonalistą, który specjalizowałby się w tym obszarze [6, 10]. Chcieliby też otrzymać informacje o narzędziach do szybkiego wychwytywania objawów ZO. Lekarzom brakuje również jasnego rozgraniczenia, jakie zadania należą do ich obowiązków, a czym powinni się zająć psychiatrzy i psychoterapeuci [10].

Wiele z wymienionych wyżej problemów można rozwiązać, wprowadzając niewielkie zmiany w praktyce lekarza rodzinnego.

Zaburzenia odżywiania to grupa zaburzeń, które w znacznym stopniu wpływają na funkcjonowanie psychofizyczne. Wśród osób z ZO, większość korzystała z pomocy dotyczącej zdrowia psychicznego lub kontroli masy ciała, nawet jeśli nigdy nie leczono ich z powodu zaburzeń żywienia [11]. Pacjenci, którzy komunikują swoje problemy lekarzowi rodzinnemu, najczęściej zgłaszają wtórne, somatyczne skutki zaburzeń odżywiania (takie jak zawroty głowy, zaparcia, zmęczenie, zatrzymanie miesiączkowania, ból brzucha),



**Lekarze zajmujący się zespołem kompulsywnego objadania się zaznaczają, że chcieliby prowadzić bardziej efektywne rozmowy z pacjentami, brakuje im też materiałów do pracy z nimi oraz chcieliby obserwować w swojej pracy lepsze rezultaty**



**Osoby z zespołem  
kompulsywnego  
objadania powinny  
zredukować masę ciała**

a nie same objawy pierwotne [7, 10]. Osoby z zespołem kompulsywnego objadania powinny zredukować masę ciała [12]. Diagnozowanie ZO wymaga zatem od lekarzy rodzinnych ogromnej czujności na symptomy, o których pacjent nie mówi. W przypadku anoreksji czy bulimii kryteria diagnostyczne są dość dobrze przez lekarzy znane — warto jedynie zwrócić uwagę na najnowsze zmiany w klasyfikacji *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. W DSM-V nie uwzględnia się już kryterium wtórnego zaniku miesiączki wśród dziewcząt dojrzałych płciowo, które było ujmowane we wcześniejszej wersji. Jest to związane ze wzrastającą zachorowalnością chłopców — wcześniej diagnozowano zaburzenie głównie u kobiet, obecnie zauważa się, że problem dotyczy obydwu płci. Z większym trudem przychodzi lekarzom określenie kryteriów zaburzenia z napadami objadania się, a należą do nich:

1. Powtarzające się epizody niepohamowanego jedzenia.
2. Współwystępowanie z powyższym przynajmniej trzech następujących objawów:
  - jedzenie dużo szybsze niż normalnie;
  - jedzenie aż do nieprzyjemnego uczucia pełności;
  - jedzenie dużych porcji pomimo nieodczuwania fizycznego głodu;
  - jedzenie w samotności z powodu wstydliwego/zakłopotania jedzeniem;
  - odczuwanie wstrętu do siebie, depresji lub winy po przejedzeniu.
3. Wyraźne cierpienie dotyczące niepohamowanego jedzenia.
4. Występowanie niepohamowanego jedzenia co najmniej raz w tygodniu przez trzy miesiące.
5. Brak powtarzających się czynności kompensacyjnych w związku z niepohamowanym jedzeniem [13].

Z perspektywy klinicysty ważną wskazówką jest nieprawidłowa masa ciała pacjenta, nie tylko ze względu na profilaktykę wtórnych schorzeń wynikających z otyłości czy

niedożywienia, ale też w ramach inicjowania rozmowy o zaburzeniach odżywiania, które mogą być psychologicznym podłożem problemów z wagą. Warte uwagi jest współwystępowanie kompulsywnego objadania się z nadmierną masą ciała. O ile w populacji ogólnej rozpowszechnienie osób z tym ZO wynosi 2–5%, o tyle wśród osób z nadwagą bądź otyłością sięga już 30% [14]. Wyniki badań wskazują, że leczenie kompulsywnego objadania się pozytywnie wpływa na leczenie otyłości [5], a pacjenci wierzą, że czynniki psychologiczne, wraz z ZO są głębszym problemem niż kłopoty z masą ciała [11]. W związku z tym, skuteczna zmiana masy ciała pacjenta będzie możliwa tylko przy uwzględnieniu stojących za nią problemów psychicznych.

Z danych z literatury wynika, że zaburzenia odżywiania często pozostają niezauważone przez diagnozujących lekarzy. Wyniki badań opartych na hipotetycznym opisie przypadku pacjenta wskazują na 61,30% poprawnie postawionej diagnozy anoreksji, z czego 20,60% ocenianych lekarzy wskazało tę diagnozę jako jedną z kilku potencjalnych (obok niedoczynności tarczycy i zespołu jelita drażliwego), a 40,60% jako jedyną [7]. Do podobnych wniosków doszli Currin i wsp. [15] w badaniu irlandzkiej populacji, gdy wzięli pod uwagę anoreksję, bulimie i nieokreślone zaburzenie odżywiania. W ich pracy, 68,5% badanych lekarzy rozpoznało jedno z tych zaburzeń. Odpowiedzi lekarzy na pytanie o ich doświadczenie związane z tym typem pacjenta pozwalają stwierdzić, że 17% lekarzy nie spotkało w swojej praktyce osób cierpiących na anoreksję, 31% nie ma doświadczenia w diagnozowaniu bulimii, a 48% nie zdiagnozowało zespołu kompulsywnego objadania się [4]. Wskazuje się też, że w przypadku bulimii — mniej niż 1/10 przypadków jest rozpoznanych przez lekarzy [15]. Wyniki innych badań donoszą, że przynajmniej połowa osób z zaburzeniem odżywiania usłyszała diagnozę od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ale niejednokrotnie miało to miejsce dopiero,

kiedy powikłania były już poważne [5]. Dopóki pacjent nie zasygnalizuje problemu z jedzeniem, 68% lekarzy nie zadaje pytań o zaburzenia odżywiania [3]. Aż 92% lekarzy przyznaje, że mogli przeoczyć objawy ZO w swojej praktyce i nie postawić prawidłowej diagnozy [10].

Znacznym ułatwieniem szybkiego rozpoznania ZO są dostępne narzędzia diagnostyczne. Jednym z nich jest kwestionariusz SCOFF. Jego akronim pochodzi od angielskich określeń głównych obszarów, którymi zajmuje się każde pytanie: *Sick* — wymiotowanie, *Control* — kontrola, *Others* — inni, *Fourteen* — czternaście, *Food* — jedzenie. Pięć pytań zawartych w kwestionariuszu pozwala wstępnie ustalić, czy pacjent może cierpieć na anoreksję czy bulimię [16]:

- 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? Dwie lub więcej twierdzących odpowiedzi sygnalizują konieczność dalszych działań diagnostycznych w kierunku zaburzeń odżywiania. Można też zrezygnować z metody kwestionariuszowej i użyć tych pytań podczas wywiadu z pacjentem. *National Collaborating Centre for Mental Health* zaleca, aby zwracać uwagę na wszystkie osoby z grupy ryzyka (szczególnie kobiety o niskim indeksie masy ciała [BMI, *body mass index*], osoby bez nadmiernej masy ciała zgłaszające się w sprawie swojej wagi, kobiety z zaburzeniami menstruacji, osoby zgłaszające objawy z układu pokarmowego, osoby z fizycznymi objawami głodzenia, wymiotowania). Warto też pamiętać o zwiększającej się tendencji do zapadania na te choroby przez młodych mężczyzn. Wśród zalecanych sposobów

działania sugeruje się, aby rozpoczynać od zadania pacjentowi dwóch pytań, na przykład: „Czy uważasz, że masz problemy z jedzeniem?” i „Czy martwisz się nadmiernie swoją wagą?” [17]. W kontekście kompulsyjnego objadania się na szczególną uwagę zasługują osoby o nadmiernej masie ciała. Istnieją metody kwestionariuszowe uwzględniające również to ZO. Dość szeroki ogląd problemu zapewnia *Eating Disorder Diagnostic Scale* — kwestionariusz zawierający 22 pozycje. Zawarte w nim pytania są oparte na kryteriach diagnostycznych anoreksji, bulimii i kompulsyjnego objadania się, zawartych w DSM-IV [18]. Anglojęzyczna, internetowa wersja testu jest dostępna pod adresem: [https://qxmd.com/calculate/calculator\\_562/eating-disorder-diagnostic-scale-edds](https://qxmd.com/calculate/calculator_562/eating-disorder-diagnostic-scale-edds) W diagnozowaniu zaburzeń odżywiania przydatny jest też *Eating Attitudes Test*, również dostępny w sieci [19].

Warto zastanowić się nad faktem, że wielu pacjentów cierpiących na zaburzenia odżywiania pozostaje bez diagnozy i bez odpowiedniej terapii. Badania z różnych krajów Europy pozwalają wyodrębnić niektóre z głównych przyczyn. Po pierwsze, część odpowiedzialności można przypisać samym pacjentom, a raczej specyfice tego rodzaju problemu. Zaburzenia odżywiania, szczególnie anoreksja i bulimia, najczęściej rozpoczynają się w związku z kulturowo przyjętym modelem piękna i dążeniem do bycia jak najszczuplejszą osobą. Pacjenci, którzy w tym celu radykalnie modyfikują dietę, nie chcą zmieniać obecnej sytuacji i nie zgłaszają lekarzowi kłopotów związanych z żywieniem, a czasem nawet starają się je ukryć [11]. Badacze biorą pod uwagę również znaczenie takich czynników, jak wgląd, zaprzeczanie choroby i motywację do leczenia, jako przyczyny dla których pacjenci ukrywają swoje problemy przed lekarzem [12]. Pacjenci wskazują również na wstyd związany ze stygmatyzacją osób cierpiących na zaburzenia



**Dopóki pacjent nie zasygnalizuje problemu z jedzeniem, 68% lekarzy nie zadaje pytań w o zaburzenia odżywiania**



**Skupienie się wyłącznie na masie ciała i innych objawach fizycznych jest mało skuteczne, demotywuujące, a przez pacjentów postrzegane bardzo negatywnie**



**Są pacjenci, którzy, spodziewając się stygmatyzacji — rezygnują z leczenia. Jest wielu lekarzy, którzy nie są uprzedzeni i chcieliby podjąć się leczenia wszystkich pacjentów, ale czują się bezradni ze względu na brak dostatecznej wiedzy w tym zakresie**

odżywiania, jako przyczynę unikania rozmów na ten temat lub wycofania się z leczenia [10]. Podobny wstyd dotyczy zarówno anoreksji oraz bulimii, jak i zespołu kompulsywnego objadania się [9].

Po stronie specjalistów, na uwagę zasługują postawy lekarzy względem diagnozowania, leczenia i ogólnie kontaktu z osobami cierpiącymi na zaburzenia odżywiania. Wdrażany plan leczenia jest związany z oczekiwaniem lekarza wobec potencjalnych rezultatów. Przykładowo, lekarze chętniej kontynuują terapię pacjenta, kiedy sami mają większą wiedzę oraz wierzą, że osoba chora jest w stanie wziąć odpowiedzialność za swoje zdrowienie [15]. Część lekarzy odczuwa dyskomfort, rozmawiając z pacjentami na tematy dotyczące masy ciała, nie chcąc ich urazić, unikają na przykład diagnozowania otyłości i rozmowy o potencjalnych zaburzeniach odżywiania [10]. Wśród osób, które oprócz zaburzeń odżywiania są otyłe, można zidentyfikować kolejny czynnik — społeczne uprzedzenia wobec osób z nadmierną masą ciała. Wyraża się on na przykład w stereotypizacji osób otyłych, postrzeganiu ich jako ludzi o słabej woli, brzydkich, leniwych [20]. Jeśli taka jest postawa lekarza wobec samego pacjenta, nic dziwnego, że nie podejmuje on leczenia otyłości, tym samym nie dociera do jej potencjalnej przyczyny — zaburzeń odżywiania. Są jednak pacjenci, którzy, spodziewając się (mniej lub bardziej racjonalnie) stygmatyzacji — rezygnują z leczenia [9]. Jednocześnie jest wielu lekarzy, którzy nie są uprzedzeni i chcieliby podjąć się leczenia wszystkich pacjentów, ale czują się bezradni ze względu na brak dostatecznej wiedzy w tym zakresie [10].

Pacjenci cierpiący na zaburzenia odżywiania to często osoby młode, o niskiej motywacji do leczenia. Niejednokrotnie zdarza się, że można u nich rozpoznać współwystępujące zaburzenia osobowości, a praca z nimi wymaga jednocześnie pracy z rodzicami lub otoczeniem. Podstawą pracy lekarza rodzinnego z tą grupą pacjentów powinno być kształtowanie

jak najlepszej relacji z pacjentem i jego rodziną, ustalenie wspólnego, akceptowanego przez wszystkich planu działania, zaangażowanie innych specjalistów i konsekwentne wdrażanie działań. Skupienie się wyłącznie na masie ciała i innych objawach fizycznych jest mało skuteczne, demotywuujące, a przez pacjentów postrzegane bardzo negatywnie. Budowanie kontaktu z pacjentem wymaga od lekarza ciągłej obserwacji siebie i swoich postaw wobec ZO. Ważne jest zachowanie profesjonalnej postawy wobec wszystkich chorób, również otyłości i zaburzeń odżywiania. Wsparciem dla lekarzy rodzinnych może być rozmowa z innymi lekarzami i psychologami o swoich wątpliwościach dotyczących własnej postawy w gabinecie.

Zaburzenia odżywiania to problem, który dotyka wielu, szczególnie młodych ludzi. Jest istotny głównie ze względu na dramatyczne skutki, jakie może nieść zaniedbanie leczenia. Konieczność interdyscyplinarnego podejścia, ograniczenia systemowe, specyfika zaburzeń psychicznych i mało optymistyczne rokowania leczenia powodują, że wśród lekarzy brakuje wytycznych dotyczących podziału ról i obowiązków w tym obszarze.

## PODSUMOWANIE

Wiele osób cierpiących na ZO pozostaje niezdiagnozowanych, a część zdiagnozowanych nie otrzymuje adekwatnej opieki zdrowotnej lub otrzymuje ją na zaawansowanym etapie choroby. Jednocześnie wczesne wykrycie tych chorób jest kluczowe dla zwiększenia prawdopodobieństwa efektywnego leczenia. Zmiany, jakie można wprowadzić niskim kosztem to:

- większa uważność na nienormatywną masę ciała, szkodliwe nawyki żywieniowe i wtórne objawy, które powinny prowadzić do testów przesiewowych w kierunku ZO;
- znajomość czynników ryzyka, charakterystyki zaburzeń odżywiania oraz ich przebiegu
- wykorzystanie kwestionariuszy wspomagających diagnostykę zaburzeń jedzenia;

- wzmocnienie kompetencji „miękkich” lekarzy rodzinnych w celu budowania dobrych relacji z pacjentami o niskiej motywacji do leczenia;
- znajomość kompetencji własnych i innych specjalistów i zgodne z nimi kierowanie pacjentów.

Wadą powyższych rozważań jest brak danych pochodzących z polskiego systemu opieki zdrowotnej. Ogranicza to możliwość generalizacji wniosków i wskazuje na potrzebę przeprowadzenia badań w naszym kraju.

#### PIŚMIENNICTWO:

1. Qian J, Hu Q, Wan Y, et al. Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2013; 25(4): 212–223, doi: [10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.003](https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.003), indexed in Pubmed: [24991159](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24991159/).
2. Gorrell S, Murray SB. Eating disorders in males. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019; 28(4): 641–651, doi: [10.1016/j.chc.2019.05.012](https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.012), indexed in Pubmed: [31443881](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31443881/).
3. Linville D, Brown T, O'Neil M. Medical providers' self perceived knowledge and skills for working with eating disorders: a national survey. *Eat Disord*. 2012; 20(1): 1–13, doi: [10.1080/10640266.2012.635557](https://doi.org/10.1080/10640266.2012.635557), indexed in Pubmed: [22188056](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22188056/).
4. Flahavan C. Detection, assessment and management of eating disorders; how involved are GPs? *Ir J Psychol Med*. 2006; 23(3): 96–99, doi: [10.1017/S079096670000971X](https://doi.org/10.1017/S079096670000971X), indexed in Pubmed: [30290509](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30290509/).
5. Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, et al. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clin Proc*. 2010; 85(8): 746–751, doi: [10.4065/mcp.2010.0070](https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0070), indexed in Pubmed: [20605951](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20605951/).
6. Clarke DE, Polimeni-Walker I. Treating individuals with eating disorders in family practice: a needs assessment. *Eat Disord*. 2004; 12(4): 293–301, doi: [10.1080/10640260490521343](https://doi.org/10.1080/10640260490521343), indexed in Pubmed: [16864522](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16864522/).
7. Higgins A, Cahn S. Detection of anorexia nervosa in primary care. *Eat Disord*. 2018; 26(3): 213–228, doi: [10.1080/10640266.2017.1397419](https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1397419), indexed in Pubmed: [29210607](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29210607/).
8. Green H, Johnston O, Cabrini SS. General practitioner attitudes towards referral of eating-disordered patients: a vignette study based on the theory of planned behaviour. *Mental Health in Family Medicine*. 2008(5): 213–218.
9. Kornstein SG, Keck PE, Herman BK, et al. Communication between physicians and patients with suspected or diagnosed binge eating disorder. *Postgrad Med*. 2015; 127(7): 661–670, doi: [10.1080/00325481.2015.1084866](https://doi.org/10.1080/00325481.2015.1084866), indexed in Pubmed: [26343376](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26343376/).
10. Linville D, Benton A, O'Neil M, et al. Medical providers' screening, training and intervention practices for eating disorders. *Eat Disord*. 2010; 18(2): 110–131, doi: [10.1080/10640260903585532](https://doi.org/10.1080/10640260903585532), indexed in Pubmed: [20390615](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20390615/).
11. 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(5): 399–408, doi: [10.1002/eat.20382](https://doi.org/10.1002/eat.20382), indexed in Pubmed: [17497708](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17497708/).
12. Becker AE, Hadley Arrindell A, Perloe A, et al. A qualitative study of perceived social barriers to care for eating disorders: perspectives from ethnically diverse health care consumers. *Int J Eat Disord*. 2010; 43(7): 633–647, doi: [10.1002/eat.20755](https://doi.org/10.1002/eat.20755), indexed in Pubmed: [19806607](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19806607/).
13. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition (DSM-5). Washington: American Psychiatric Association; 2013.
14. Kucharska K, Kostecka B, Tylec A, et al. Binge eating disorder — etiopathogenesis, disease and treatment. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2017; 26(3): 154–164, doi: [10.5114/ppn.2017.70547](https://doi.org/10.5114/ppn.2017.70547).
15. Currin L, Waller G, Schmidt U. Primary care physicians' knowledge of and attitudes toward the eating disorders: do they affect clinical actions? *Int J Eat Disord*. 2009; 42(5): 453–458, doi: [10.1002/eat.20636](https://doi.org/10.1002/eat.20636), indexed in Pubmed: [19115367](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19115367/).
16. Święcicki Ł., Rozpoznawanie i leczenie zaburzeń odżywiania się w podstawowej opiece zdrowotnej. *Medycyna po dyplomie*. 2011; 7: 43–50.
17. National Collaborating Centre for Mental Health. Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. National Clinical Practice Guideline. Leicester & London: British Psychological Society & Gaskell. 2004; 9.
18. [https://qxmd.com/calculate/calculator\\_562/eating-disorder-diagnostic-scale-edds](https://qxmd.com/calculate/calculator_562/eating-disorder-diagnostic-scale-edds).
19. <https://www.eat-26.com/>.
20. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res*. 2003; 11(10): 1168–1177, doi: [10.1038/oby.2003.161](https://doi.org/10.1038/oby.2003.161), indexed in Pubmed: [14569041](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14569041/).