

Anna Mosiołek<sup>1,2</sup>, Dorota Mamczak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Psychiatryczna, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup>Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. Prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie

## Zachowania związane z żywieniem i sposób postrzegania choroby u pacjentek z bulimią — badanie pilotażowe

*Nutritional behaviors and perception of disease in patients with bulimia: a pilot study*

### Abstract

**Introduction:** *Bulimia is one of the most common eating disorders. It is estimated that between 1 and 4% of the population suffer from it. In bulimia, a very large amount of food is consumed in a short time. Binge attacks occur with varying frequency, after consumption compensatory behaviors appear, that is, activities preventing from weight gain.*

**Material and methods:** *16 women aged over 18 participated in the study and were diagnosed with bulimia according to ICD-10. The study used author's questionnaire consisting of 28 multiple-choice questions regarding habits related to nutrition and perception of bulimia by patients.*

**Results:** *Bulimia has a significant impact on the relationships, social life and quality of life of the respondents. The subjects examined showed a wide variety of nutrition related behaviors.*

**Conclusions:** *The results of the study indicate that an individualized therapeutic approach should be used for patients suffering from bulimia, which should include consultations with a dietician.*

**Psychiatry 2018; 15, 4: 206–210**

**Key words:** *bulimia, dietetics, nutrition*

### Wstęp

Do grupy zaburzeń odżywiania zalicza się *anorexię nervosą*, bulimię oraz *binge eating disorder* (BED) [1–4]. Zaburzenia te dotyczą nawet około 9% populacji, występowanie bulimii według różnych danych ocenia się na 1–4%, przy czym zdecydowanie częściej dotyka ona kobiety [5]. Kryteria diagnostyczne bulimii definiują ją jako nawracające epizody przejadania się — co najmniej 2 razy tygodniowo w ciągu 3 miesięcy, w czasie których w krótkim czasie spożywane są duże ilości pokarmu. Bulimię charakteryzuje uporczywa koncentracja na jedzeniu i silne pragnienie lub poczucie przymusu jedzenia

(głód). Pacjent usiłuje przeciwdziałać efektom „tycia” za pomocą jednej lub więcej z następujących metod zwanych zachowaniami kompensacyjnymi w tym poprzez prowokowanie wymiotów, prowokowanie wydalania stolca, kolejne okresy głodowania, stosowanie leków obniżających łaknienie, preparatów tarczycy, leków moczopędnych. Osoba z bulimią ocenia siebie jako otyłą, towarzyszy jej strach przed przytyciem, cechują ją błędne przekonania, odczucia oraz zachowania związane z żywieniem [6]. Bulimia prowadzi do wielu problemów zarówno medycznych, interpersonalnych, jak i żywieniowych. Konsekwencją zachowań bulimicznych mogą być między innymi zaburzenia rytmu serca, napady drgawkowe, zapalenie ślinianek, zespół Mallory’ego-Weissa, zaburzenia elektrolitowe zagrażające życiu, niedożywienie [7–9]. W leczeniu bulimii powinno się zatem uwzględnić wszystkie aspekty zaburzenia — terapia po-

### Adres do korespondencji:

Anna Mosiołek  
Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia  
im. Prof. Jana Mazurkiewicza  
Partyzantów 2/4, 00–001 Pruszków  
e-mail: manitka@tlen.pl

winna być ukierunkowana na zmianę nieprawidłowych przekonań i odczuć pacjenta oraz uwzględniać zmianę zachowań żywieniowych. Dlatego w skład interdyscyplinarnego zespołu leczenia bulimii powinni wchodzić lekarze różnych specjalności, terapeuci oraz dietetyki. Według Amerykańskiego Stowarzyszenia Dietetycznego (ADA, *American Diabetic Association*) dietetyk powinien pomagać przede wszystkim w edukacji żywieniowej oraz stworzeniu planu żywieniowego. Zadania te mają na celu unormowanie sposobu jedzenia oraz wprowadzanie interwencji żywieniowej [10].

Celem pracy jest określenie częstości występowania różnych zachowań związanych z żywieniem w bulimii oraz pozyskanie informacji na temat postrzegania choroby i jej wpływu na życie.

## Material i metody

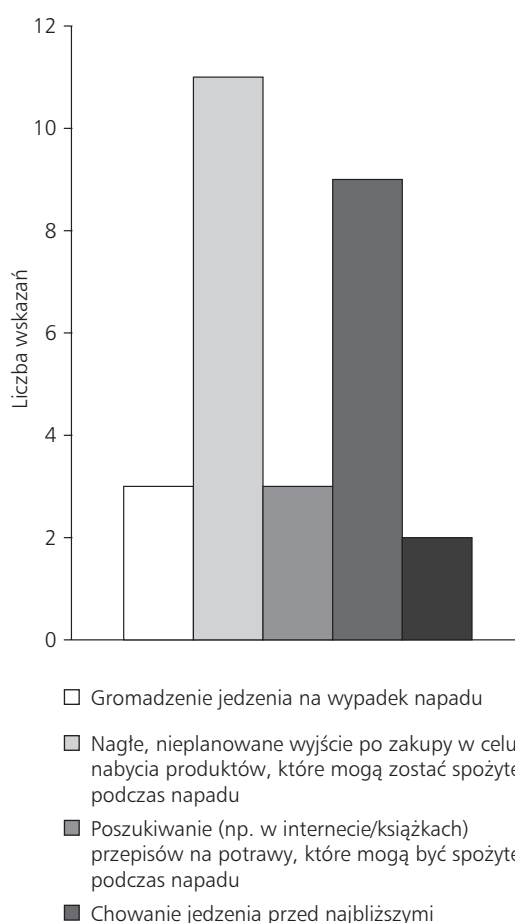
### Ocena częstości spożycia wybranych grup produktów przez pacjentki z bulimią

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 16 pacjentek hospitalizowanych z rozpoznaną bulimią zgodnie z kryteriami ICD-10 w wieku 18–53 lat. Wykorzystano autorski kwestionariusz, którego pierwsza część zawierała 28 pytań wielokrotnego wyboru dotyczących zachowań związanych z żywieniem oraz sposobu postrzegania bulimii. Drugą część stanowiła tabela dotycząca częstości spożywania przez pacjentki wybranych grup produktów. Analizę statystyczną wykonano za pomocą programu Statistica v. 13,1. Zmienne ilościowe zostały pokazane jako średnia  $\pm$  odchylenie standardowe, zmienne jakościowe w postaci liczby udzielonych odpowiedzi oraz procentu, jaki stanowiła dana odpowiedź spośród wszystkich odpowiedzi. Za poziom istotny statystycznie przyjęto wartość  $p < 0,05$ . W celu ustalenia korelacji pomiędzy odpowiednimi zmiennymi zastosowano współczynnik korelacji rang Spearmana. Do analizy danych wykorzystano również program Microsoft Excel.

## Wyniki

W badaniu wzięło udział 16 pacjentek z bulimią w wieku 18–53 lat. W badanej grupie średnia wieku wynosiła 27,4 roku  $\pm$  10,4 roku, mediana 24,5 roku. Wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) pacjentek wynosił od 18,4 kg/m<sup>2</sup> do 31,1 kg/m<sup>2</sup>, średnie BMI 21,9 kg/m<sup>2</sup>  $\pm$  3,3 kg/m<sup>2</sup>.

W badanej grupie napady objadania pojawiały się najczęściej w sytuacjach stresowych (14 pacjentek). U większości badanych (11 z 16) występowały nocne napady objadania się. Rytuały związane z jedzeniem dotyczyły nagłego, nieplanowanego wyjścia po zakupy w celu nabycia produktów, które mogą zostać spożyte



Rycina 1. Występowanie rytuałów związanych z chorobą  
Figure 1. Occurrence of disease related rituals

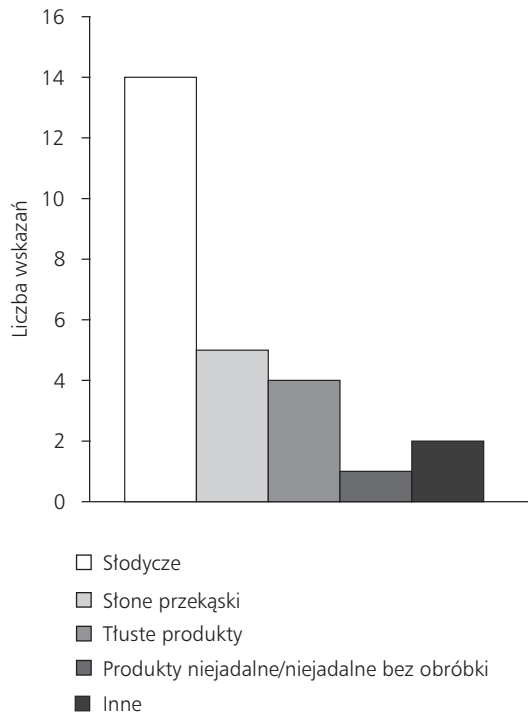
podczas napadu oraz chowanie jedzenia przed najbliższymi (odpowiednio: 68,8% wskazań i 56,3% wskazań). Dokładne dane przedstawiono na rycinie 1.

Spośród produktów najczęściej wybieranych podczas napadu przez pacjentki z bulimią były słodkie. Rodzaje produktów najczęściej spożywanych przez pacjentki w trakcie napadu zebrano na rycinie 2.

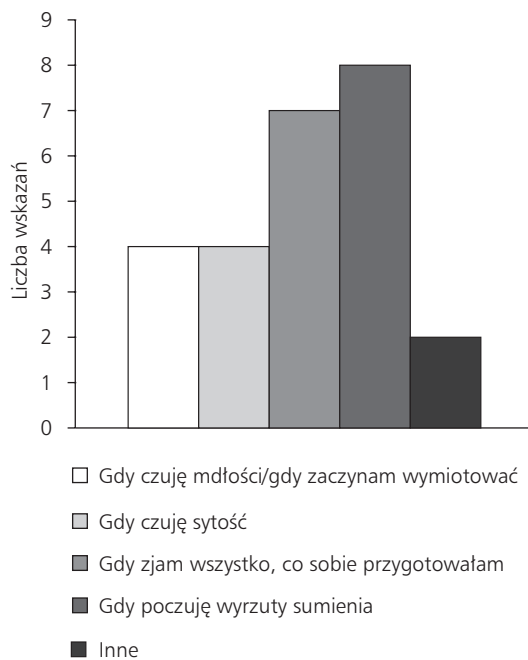
Pacjentki najczęściej kończyły napad, gdy poczuły wyrzuty sumienia. Prawie połowa pacjentek deklarowała moment zakończenia zwyczajowo spożywanego posiłku (tj. niezwiązanego z napadem) jako ten, w którym zjadła go w całości. Informacje podawane przez pacjentki dotyczące kończenia napadu bulimicznego zawarto na rycinie 3.

Wszystkie badane pacjentki podejmowały zachowania kompensacyjne — były nimi najczęściej wymioty oraz głodzenie po napadzie (ryc. 4).

Ponad 50% pacjentek (tj. 9 osób) zadeklarowała zwracanie uwagi na produkty spożywane pomiędzy napadami. W pytaniu o częstość liczenia spożywanych

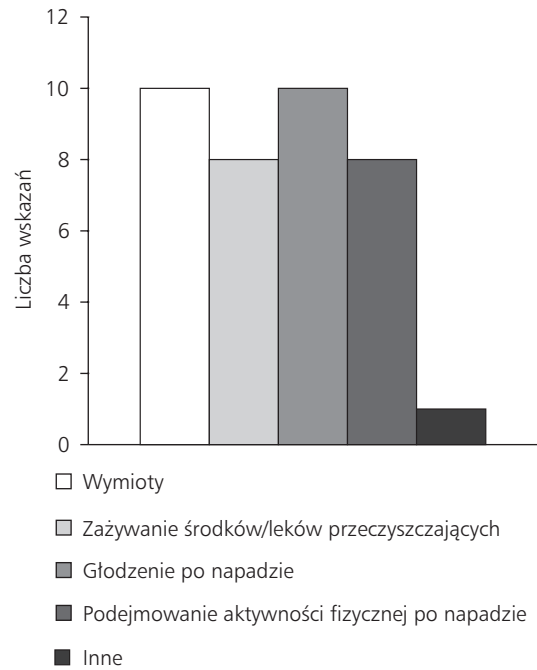


**Rycina 2.** Produkty najczęściej spożywane podczas napadu  
**Figure 2.** Products most often consumed during a bulimic attack



**Rycina 3.** Odpowiedzi na pytanie: „Kiedy kończy Pani napad?”  
**Figure 3.** Answer to the question: „When do you end your bulimic attack?”

kilokalorii najwięcej pacjentek wskazało odpowiedź „codziennie”. Ponad połowa nie spożywała posiłków regularnie, tj. w podobnych godzinach każdego dnia.



**Rycina 4.** Zachowania kompensacyjne w grupie  
**Figure 4.** Compensatory behavior in the group

Zdecydowana większość badanych (14 z 16 pacjentek, co daje 87,5% grupy) dążyła do wymarzonej masy ciała. W badanej grupie tylko jedna badana deklarowała chęć zwiększenia masy ciała, pozostałe dążyły do redukcji masy ciała. Aktywność fizyczną oceniano przez badane w skali 1–5, przy czym 1 oznaczało poziom bardzo niski, a 5 bardzo wysoki; 37,5% badanych (6 osób) określiło swój poziom aktywności na 3. W podobny sposób oceniano częstość myślenia o jedzeniu. Większość badanych określiła poziom myślenia o jedzeniu na 5 (skala 1–5). Badane oceniały, że bulimia negatywnie wpłynęła na funkcjonowanie. Wpływała u 62,5% badanych na ich relacje z rodziną. Prawie 50% badanych określiła natężenie wpływu bulimii na jakość życia, podając najwyższą liczbę ze skali. Z grup produktów spożywczych badane pacjentki z bulimią preferowały mleko i produkty mleczne, które były spożywane kilka razy dziennie przez 31,3% oraz raz dziennie także przez 31,3% grupy. Produkty zbożowe z pełnego przemiału przez największą część grupy konsumowane były raz dziennie. Każda z badanych spożywała produkty pełnoziarniste minimum raz w miesiącu. Ponad połowa zadeklarowała spożywanie warzyw kilka razy dziennie. Około 1/3 badanych jadła warzywa raz dziennie. Wszystkie badane kobiety spożywały owoce; połowa z nich deklarowała ich wielokrotne spożycie w ciągu dnia. Tylko jedna pacjentka zanegowała konsumpcję słodczy. Najwięcej pacjentek (5) spożywało słodczy kilka razy dziennie, Zaobserwowano, że częstość spożywania słodczy rośnie wraz z częstością występo-

wania napadów w sytuacjach stresowych. Zaobserwowana korelacja była istotna statystycznie ( $p < 0,00001$ ). Nie wykazano korelacji pomiędzy podejmowaniem prób redukcji masy ciała przed zachorowaniem na bulimię a liczeniem kilokalorii z posiłków po wystąpieniu choroby ( $R = 0,38$ ,  $p = 0,14$ ). Podjęto również próbę sprawdzenia, czy częstość myślenia o jedzeniu wpływa na jakość życia pacjentek, nie wykazano jednak istotności statystycznej ( $R = 0,08$ ,  $p = 0,77$ ), co sugerowałoby, że w badanej grupie zaabsorbowanie myśleniem o jedzeniu nie wywołuje pogorszenia jakości życia.

### Dyskusja

W badaniu przeprowadzonym przez Gendall i wsp. [11, 12] wykazano, że napady objadania się u chorych z bulimią były bogatsze w energię z sacharozą, tłuszczami oraz nasyconych kwasów tłuszczowych, jednonienasyconych kwasów tłuszczowych oraz uboższe w kilokalorie z białka. W trakcie napadów bulimicznych pacjentki spożywały inne produkty w porównaniu ze zwykłym niezwiązanym z napadem pożywieniem. Podobne wyniki uzyskaliśmy w naszym pilotażowym badaniu. W trakcie napadu bulimicznego pacjentki wskazywały słodkie jako najczęściej wybierane produkty, częstość spożywania słodczy rosła w przypadku, gdy napad był konsekwencją przeżywanego stresu. Słodkie były również częściej wybierane pomiędzy napadami przez badane pacjentki z bulimią. Badane w trakcie napadu spożywały także słone przekąski oraz tłuste produkty. Wyniki te sugerowałyby, że przy zawieraniu kontraktu terapeutycznego należałoby również uwzględnić dozwolone i zakazane produkty, analizując z pacjentką jej standardowy i napadowy jadłospis. Większość badanych pacjentek miewała nocne napady objadania się. Podobne wyniki uzyskano w badaniu Masheb i wsp. [13], w którym badacze, porównując pacjentki z bulimią, pacjentki z BED oraz grupę kontrolną wykazali, że nieprawidłowy sposób jedzenia uwzględniający między innymi nocne spożywanie posiłków częściej charakteryzuje pacjentki z zaburzeniami odżywiania w porównaniu z grupą kontrolną. Istotnym zagadnieniem do wyjaśnienia w badaniu było to, jakie zachowania kompensacyjne są podejmowane najczęściej. W grupie badanych pacjentek występowały różne zachowania o charakterze kompensacyjnym i mogło być ich więcej niż jedno. Najczęstszymi zachowaniami kompensacyjnymi zgłaszanymi przez badane było prowokowanie wymiotów charakterystyczne dla typu przeczyszczającego się według klasyfikacji *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) oraz głodzenie po napadzie, które jest charakterystyczne dla typu nieprzeczyszczającego się według DSM-V.

Pacjentki z bulimią utrzymywały prawidłową masę ciała. Średnie BMI badanych pacjentek mieściło się w normie i wynosiło 21,9. Podobne średnie BMI prezentowały pacjentki chore na bulimię biorące udział w badaniu Marcos i wsp. [14], średnie BMI wynosiło w nim 20,72. W przeprowadzonym badaniu większość pacjentek określała swoją atrakcyjność fizyczną za pomocą dwóch najniższych wartości skali. Potwierdzałoby to wyniki badania Ricciardelli i wsp. [15], w którym autorzy dowiedli, że istnieje związek pomiędzy niezadowoleniem z własnego ciała a stosowaniem ograniczeń dietetycznych oraz bulimicznymi wzorcami jedzenia. Wynik badania potwierdził negatywny wpływ zaburzeń odżywiania na relacje interpersonalne. Badane w większości deklarowały negatywny wpływ bulimii na relacje z rodziną, nieco mniej deklarowało negatywny wpływ choroby na relacje z przyjaciółmi. Badane wskazywały, że bulimia wpływa na ich relacje z innymi osobami, co jest spójne z dostępną literaturą przedmiotu [16–19]. W literaturze wskazuje się na możliwość współwystępowania uzależnienia alkoholu z zaburzeniami odżywiania [20], jednak w naszym badaniu teza ta nie znalazła potwierdzenia. Znakomita większość badanych pacjentek deklarowała spożywanie alkoholu rzadziej niż raz w miesiącu lub deklarowała brak spożywania alkoholu w ogóle.

Należy nadmienić, że badanie własne prowadzone było wśród małej liczby osób, co narzucać może pewne ograniczenia w interpretacji wyników. Istnieje potrzeba wykonywania badań o podobnej tematyce w większej grupie pacjentek oraz rozszerzenia jej o pacjentów płci męskiej.

### Wnioski

Bulimia w znaczący sposób wpływa na relacje, funkcjonowanie społeczne oraz jakość życia badanych.

Większość badanych stosuje różne zachowania kompensacyjne, zachowania te mogą występować naprzemiennie lub może występować kilka zachowań kompensacyjnych jednocześnie. Najczęściej podejmowanym zachowaniem kompensacyjnym po napadzie jest prowokowanie wymiotów.

Występowanie napadów bulimicznych jest związane ze zwiększeniem poziomu stresu. W przypadku dużego stresu badane częściej sięgały po produkty z dużą zawartością cukru.

Pomimo pewnych podobieństw w grupie, pacjentki wykazywały dużą różnorodność zachowań związanych z żywieniem. Nasuwa to przypuszczenie, że należy zindywidualizować podejście do kobiet chorych na bulimię. W leczeniu bulimii trzeba oprócz oddziaływań terapeutycznych zapewnić konsultacje dietetyka.

**Streszczenie**

**Wstęp:** *Bulimia jest jednym z najczęstszych zaburzeń odżywiania. Szacuje się, że cierpi na nią od 1 do 4% populacji. W bulimii dochodzi do przyjmowania bardzo dużej ilości pokarmu w krótkim czasie. Napady objadania się występują z różną częstotliwością, po napadach pojawiają się zachowania kompensacyjne, czyli aktywności przeciwdziałające wzrostowi masy ciała.*

**Materiał i metody:** *W badaniu wzięło udział 16 kobiet w wieku powyżej 18 lat, u których zdiagnozowano bulimię według ICD-10. W badaniu wykorzystano autorską ankietę składającą się z 28 pytań wielokrotnego wyboru dotyczących zwyczajów związanych z odżywianiem oraz postrzeganiem bulimii przez pacjentki.*

**Wyniki:** *Bulimia ma znaczący wpływ na relacje, życie społeczne i jakość życia badanych. Badani pacjenci wykazali dużą różnorodność zachowań związanych z odżywianiem.*

**Wnioski:** *Wyniki badania wskazują, że należy stosować zindywidualizowane podejście terapeutyczne do pacjentów cierpiących na bulimię, w ramach którego należy uwzględnić konsultację z dietetykiem.*

**Psychiatria 2018; 15, 4: 206–210**

**Słowa kluczowe:** *bulimia, dietetyka, żywienie*

**Piśmiennictwo**

1. Sharan P, Sundar AS. Eating disorders in women. *Indian J Psychiatry*. 2015; 57(Suppl 2): S286–S295, doi: [10.4103/0019-5545.161493](https://doi.org/10.4103/0019-5545.161493), indexed in Pubmed: [26330646](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26330646/).
2. Kucharska K, Wilkos E. Zaburzenia odżywiania. In: Jarema M, Wilkos E. ed. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. PZWL, Warszawa 2016: 417–454.
3. Michalska A, Szejko N, Jakubczyk A, et al. Nonspecific eating disorders - a subjective review. *Psychiatria Polska*. 2016; 50(3): 497–507, doi: [10.12740/pp/59217](https://doi.org/10.12740/pp/59217).
4. Heaner MK, Walsh BT, Heaner MK, et al. A history of the identification of the characteristic eating disturbances of Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder and Anorexia Nervosa. *Appetite*. 2013; 65: 185–188, doi: [10.1016/j.appet.2013.01.005](https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.01.005), indexed in Pubmed: [23348361](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23348361/).
5. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. 2016; 29(6): 340–345, doi: [10.1097/YCO.000000000000278](https://doi.org/10.1097/YCO.000000000000278), indexed in Pubmed: [27662598](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27662598/).
6. Mikołajczyk E, Samochowiec J. Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania. *Psychiatria*. 2004; 1(2): 91–95.
7. Kondrat-Wróbel M, Miturski A, Prystupa A. Zespół Mallory'ego-Weissa. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2013; 19(3): 219–223, doi: [10.5604/20834543](https://doi.org/10.5604/20834543).
8. Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Am J Med*. 2016; 129(1): 30–37, doi: [10.1016/j.amjmed.2015.06.031](https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.031), indexed in Pubmed: [26169883](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26169883/).
9. Mendolicchio L, Maggio G, Fortunato F, et al. Update on eating disorders: epidemiology, mortality and comorbidity. *Psychiatr Danub*. 2014; 26 Suppl 1: 85–88, indexed in Pubmed: [25413519](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25413519/).
10. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *J Am Diet Assoc*. 2001; 101(7): 810–819, indexed in Pubmed: [11478482](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11478482/).
11. Jarosz M. Normy żywienia dla populacji polskiej- nowelizacja. Instytut Żywności i Żywienia. Warszawa. 2012.
12. Gendall K, Sullivan P, Joyce P, et al. The nutrient intake of women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 1997; 21(2): 115–127, doi: [10.1002/\(sici\)1098-108x\(199703\)21:2<115::aid-eat2>3.3.co;2-8](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199703)21:2<115::aid-eat2>3.3.co;2-8).
13. Masheb RM, Grilo CM, White MA. An examination of eating patterns in community women with bulimia nervosa and binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2011; 44(7): 618–624, doi: [10.1002/eat.20853](https://doi.org/10.1002/eat.20853), indexed in Pubmed: [21997425](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21997425/).
14. Marcos A, Nova E, Montero A. Changes in the immune system are conditioned by nutrition. *Eur J Clin Nutr*. 2003; 57 Suppl 1: S66–S69, doi: [10.1038/sj.ejcn.1601819](https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601819), indexed in Pubmed: [12947457](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12947457/).
15. Ricciardelli LA, Tate D, Williams RJ. Body dissatisfaction as a mediator of the relationship between dietary restraint and bulimic eating patterns. *Appetite*. 1997; 29(1): 43–54, doi: [10.1006/appe.1997.0093](https://doi.org/10.1006/appe.1997.0093), indexed in Pubmed: [9268424](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9268424/).
16. Hopwood C, Clarke A, Perez M. Pathoplasticity of bulimic features and interpersonal problems. *International Journal of Eating Disorders*. 2007; 40(7): 652–658, doi: [10.1002/eat.20420](https://doi.org/10.1002/eat.20420).
17. Lavender JM, Wonderlich SA, Peterson CB, et al. Dimensions of emotion dysregulation in bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2014; 22(3): 212–216, doi: [10.1002/erv.2288](https://doi.org/10.1002/erv.2288), indexed in Pubmed: [24619484](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24619484/).
18. Radoszewska J. Psychoterapia osób z zaburzeniami odżywiania. In: Grzesiuk L, Suszak H. ed. *Psychoterapia. Problemy pacjentów*. ENETEIA, Warszawa 2011: 273–290.
19. Józefik B. Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej. Wydawnictwo UJ, Kraków 2006.
20. Jaworski M. Drunkoreksja — zaburzenie odżywiania połączone z alkoholizmem wśród młodych dorosłych. *Forum Medycyny Rodzinnej*. 2014; 8(5): 217–224.