

Karolina Kobrzyńska<sup>1</sup>, Marta Dagmara Dębowska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup>Klinika Psychiatryczna, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

# Cechy zaburzeń osobowości a kompulsywne objadanie się u osób otyłych

*Personality disorder and compulsive overeating  
in obese people*

## Abstract

**Introduction:** Many obese people face compulsive eating and mental dysfunction. The aim of the study was to find the relationship between characteristic features, personality disorders and the problem of compulsive eating in an obese person (BMI  $\geq 30$ ).

**Material and methods:** 290 people, 241 women (83.1%) and 49 men (16.9%) participated in the study. The participants were assigned to a Research group (BMI  $\geq 30$ ) or Control group (BMI 18.5–24.99). People with other eating disorders: anorexia, bulimia and diagnosed pregnancy were excluded from the study. Data were collected by means of an online survey and in a paper-version. The research tools which were used are an original questionnaire based on diagnostic criteria DSM-5, ACL Adjective List, SCID II Personality Questionnaire, STAI Self Assessment Questionnaire.

**Results:** There was a statistically significant correlation between some types of personality disorders, intensity of certain personality traits and anxiety as a state of mind and traits and compulsive eating syndrome in obese people. The relationships between age, education and compulsive eating were demonstrated in the research group.

**Conclusions:** The treatment of obesity requires a holistic and multifaceted approach to the patient. The cognition of the mental dysfunctions which accompanies it seems to be crucial in choosing the right therapy.

*Psychiatry 2021; 18, 1: 18–29*

**Key words:** compulsive eating, personality disorders, obesity

## Wstęp

Otyłość jest przewlekłą, cywilizacyjną chorobą XXI wieku. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) zakwalifikowała ją jako najczęściej występującą chorobę metaboliczną, która stanowi epidemię na skalę światową. Nadmierne gromadzenie tkanki tłuszczowej wiąże się z podwyższonym ryzykiem zapałalności na wiele chorób, między innymi nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu II, choroby układu krążenia, niektóre typy nowotworów, zespół metaboliczny, chorobę zwyrodnieniową stawów oraz choroby nerek. Dlatego

zbyt duża masa ciała jest piątym, w zakresie częstości występowania, czynnikiem ryzyka zgonów na całym świecie. Otyłość oraz nadwaga stanowią powód śmierci 2,8 mln dorosłych osób w okresie jednego roku [1]. Pomimo poznania wielu czynników wpływających na rozwój otyłości, efekty leczenia nie osiągają zadowalającego rezultatu. Na skuteczność leczenia choroby mogą istotnie wpływać, często niebrane pod uwagę, aspekty psychologiczne. Niestety, w literaturze przedmiotu nie zidentyfikowano typowych dla otyłości cech psychopatologicznych. W obszernych badaniach epidemiologicznych udowodniono jednak korelację z występowaniem zaburzeń lękowych, depresyjnych, obniżonej samooceny oraz zaburzeń odżywiania [2].

Niepodważalnym jest, że nadmierne spożycie kalorii, znacząco wykraczające poza potrzeby organizmu, jest po-

## Adres do korespondencji:

Karolina Kobrzyńska  
WNoZ WUM  
e-mail: kobrzyńska.karolina@gmail.com

wodem wystąpienia otyłości. W czasach, kiedy dostępność jedzenia przewyższa potrzeby żywieniowe, często dochodzi do zjawiska przejadania. Głód fizjologiczny przestaje być głównym powodem spożywania pokarmów. Jedzenie pozwala zredukować stres, wyregulować emocje oraz dostarczyć przyjemności. Konsumpcja żywności często staje się procesem niekontrolowanym [3]. Dlatego jedną z częstych, rozwijających się postaci zaburzeń odżywiania jest zespół kompulsywnego jedzenia (BED, *binge eating disorder*). W ogólnej populacji problem dotyczy 2–5%, natomiast 30% wśród osób ze wskaźnikiem masy ciała (BMI, *body mass index*) przekraczającym normę [4].

Zespół kompulsywnego objadania się to zaburzenie, charakteryzujące się napadami niepomaganego jedzenia. W trakcie napadu objadania osoba traci kontrolę nad ilością oraz jakością spożywanych w szybkim tempie pokarmów. Głównym celem takiego zachowania jest rozładowanie napięcia i redukcja stresu [5]. Według amerykańskiej klasyfikacji psychiatrycznej *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), zaburzenie to stanowi odrębną jednostkę chorobową o symbolu 307.51 (F50.8) [4]. Zgodnie z pięcioma kryteriami, podczas napadu żarłoczości, chory zjada większe ilości pokarmu w jednostce czasu niż zjadłaby większość osób w podobnych okolicznościach i czasie. Co więcej, osoby ze zdiagnozowanym BED spożywają posiłki mimo braku głodu fizjologicznego, często kończące się odczuciem dużego dyskomfortu. Dla epizodu objadania się, znamienne jest jedzenie w samotności z powodu przygnębienia, wstydu i odrazy względem siebie. Nieodczynnym elementem, występującym po napadzie objadania, jest silne poczucie winy. Dlatego osoby zmagające się z BED odczuwają wysoki poziom subiektywnego cierpienia, które dodatkowo zwiększa napięcie rozładowywane poprzez spożywanie kolejnych posiłków. Mimo to nie występują zachowania kompensacyjne (przechrzszczanie, wymioty, nadmierny wysiłek fizyczny). Aby zdiagnozować problem kompulsywnego jedzenia, napady obżarstwa muszą pojawiać się przez okres co najmniej 3 miesięcy, a ich częstotliwość nie może być mniejsza niż raz w tygodniu [2, 4, 5].

Co ważne, wyniki badań sugerują, że BED jest znaczącym czynnikiem ryzyka w rozwoju otyłości i zaburzeń psychicznych [6]. Zespół kompulsywnego objadania się współwystępuje z licznymi objawami psychopatologicznymi. W badaniach Grucza i wsp. [7] odkryto współzależności pomiędzy BED a zaburzeniami lękowymi, próbami samobójczymi, czy napadami paniki. Co więcej, potwierdzono istotne różnice w zakresie tych zmiennych między osobami z BED a osobami otyłymi bez zaburzenia odżywiania i osobami zdrowymi. W kolejnych pracach naukowych odnotowano związek pomiędzy BED a zaburzeniami

osobowości. Wyniki dotyczyły szczególnie osób z osobowością unikającą, obsesyjno-kompulsywną i chwiejną emocjonalnie [8].

Odpowiednie zrozumienie podłoża występowania zespołu kompulsywnego jedzenia i zdiagnozowania współwystępujących psychopatologii wydają się kluczowe w terapii zaburzenia. Holistyczne, wielopłaszczyznowe podejście do chorego może się przyczynić do bardziej efektywnej pomocy w zakresie BED, a tym samym zmniejszyć zjawisko otyłości poprzez eliminację dysfunkcyjnych sposobów regulacji emocji.

Celem pracy było znalezienie zależności pomiędzy charakterystycznymi cechami zaburzeń osobowości a problemem kompulsywnego jedzenia u osoby otyłej (BMI  $\geq$  30). W pracy zostały postawione następujące hipotezy:

**Hipoteza 1.** Osoby z BMI  $\geq$  30 częściej doświadczają problemu zespołu kompulsywnego jedzenia oraz częściej spełniają minimalnie 3 kryteria DSM-5 w porównaniu z osobami z BMI w zakresie normy (BMI 18,5–24,99).

**Hipoteza 2.** Zespół kompulsywnego jedzenia współwystępuje z większym nasileniem pewnych cech, lęku oraz zaburzeniami osobowości u osób otyłych.

**Hipoteza 3.** Zespół kompulsywnego jedzenia nie jest zależny od wieku oraz wykształcenia u osób otyłych.

## Materiał i metody

### Badana grupa

W badaniu wzięło udział 290 osób, 241 kobiet (83,1%) i 49 mężczyzn (16,9%). Najwięcej osób badanych to osoby w wieku 19–34 lat. W tabeli 1 przedstawiono rozkład wieku osób badanych. Znaczna większość osób badanych miała wykształcenie wyższe. W tabeli 2 przedstawiono rozkład częstości dla poziomu wykształcenia osób badanych. Wzrost badanych zawierał się w przedziale 148–198 cm przy masie ciała przedziału 32–187 kg, co dawało wartości indeksu BMI mieszczącego się w przedziale od 15,62 do 85,37. Najwięcej osób miało prawidłową masę ciała. W tabeli 3 przedstawiono rozkład kategorii klasyfikacji masy ciała osób badanych. Kryterium wyłączenia stanowiły zaburzenia odżywiania: anoreksja, bulimia oraz zdiagnozowana ciąża w chwili badania. Badanych przydzielono do grupy badawczej lub kontrolnej w zależności od BMI. Grupa badana charakteryzowała się BMI  $\geq$  30, natomiast wskaźnik grupy kontrolnej mieścił się w zakresie 18,5–24,99. Sposób doboru właściwej grupy badawczej był celowy (jednostek typowych) — osoby te miały problem z otyłością. Natomiast grupa kontrolna została dobrana metodą kuli śnieżkowej. W analizie nie uwzględniono osób z BMI w przedziale 25,0–29,99. Z założenia wynikiem nadwagi jest głównie siedzący tryb życia oraz wysoko przetworzona i niezdrowa żywność.

**Tabela 1.** Wiek osób badanych**Table 1.** Age of the respondents

Wiek	n	(%)
≤ 18 lat	6	2,1
19–34 lat	177	61,0
35–59 lat	101	34,8
≥ 60 lat	6	2,1
Ogółem	290	100,0

**Tabela 3.** Klasyfikacja masy ciała według wskaźnika masy ciała (BMI)**Table 3.** Body weight classification according to the body mass index (BMI)

Kategorie	BMI	n	(%)
Niedowaga	≤ 18,49	9	3,1
Prawidłowa masa ciała	18,5–24,99	127	43,8
Nadwaga	25,0–25,99	42	14,5
Otyłość	≥ 30,0	112	38,6
Ogółem	–	290	100,0

### Metody i narzędzia badawcze

Metodą, która posłużyła w badaniu, był sondaż diagnostyczny, który ma charakter ilościowy. Zastosowana technika badawcza miała charakter ankiety internetowej, jak również ankiet zebranych metodą papier-ołówek. Dane zostały zebrane w okresie 4–6.2020 roku za pomocą mediów społecznościowych, różnych grup wsparcia dla osób otyłych, z zaburzeniami osobowości oraz pacjentów bariatrycznych. Ankieta została udostępniona na stronie internetowej fundacji dla osób otyłych oraz poprzez liczne centra leczenia otyłości. Ankiety pozyskano również z wybranych, prywatnych gabinetów dietetycznych. Narzędzia użyte podczas badania stanowiły wystandaryzowane testy psychologiczne: Lista Przymiotnikowa ACL (*Adjective Check List*) (Gough, Heilbrun), Kwestionariusz Osobowości *Structured Clinical Interview for Dsm-Iv(r) — Axis II (SCID II)* (First, Gibbon, Spitzer, Williams), Kwestionariusz Samooceny *State-Trait Anxiety Inventory — STAI* (Spielberger, Gorsuch, Lushene). W celu zdiagnozowania BED sporządzono autorski kwestionariusz zawierający 9 pytań, oparty na kryteriach diagnostycznych DSM-5. Zespół kompulsywnego objadania się został zdiagnozowany w przypadku spełnienia wszystkich 5 kryteriów zaburzenia. Natomiast w badaniu wyodrębniono również osoby spełniające

**Tabela 2.** Wykształcenie osób badanych**Table 2.** Education of the respondents

Wykształcenie	n	(%)
Podstawowe	1	0,3
Gimnazjalne	5	1,7
Zasadnicze zawodowe	19	6,6
Średnie	86	29,7
Wyższe	179	61,7
Ogółem	290	100,0

minimum 3 kryteria diagnostyczne BED. Na końcu zamieszczono ankietę socjodemograficzną.

Zebraone tabelarycznie dane w programie Excel zostały poddane testom statystycznym w programie Statistica, gdzie przyjęto poziom ufności  $p = 0,05$ .

### Wyniki

#### Statystyki opisowe

W tabeli 4 przedstawiono statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych przedziałowych, tj. wartości średnie, odchylenia standardowe, minimalne i maksymalne wartości oraz wartości testu Kołmogorowa-Smirnowa, za pomocą którego weryfikowano założenie o normalnym rozkładzie analizowanych zmiennych. Otrzymano istotne statystycznie odchylenia od rozkładu normalnego w przypadku większości analizowanych zmiennych. Analizy dotyczące tych zmiennych zostały przeprowadzone w oparciu o nieparametryczne testy istotności statystycznej. Dwieście pięć osób badanych (70,7%) miało zaburzenia osobowości. Natomiast większość osób nie miało zespołu kompulsywnego objadania się. W tabeli 5 przedstawiono rozkład występowania BED w badanej próbie.

#### Zależność pomiędzy otyłością a zespołem kompulsywnego objadania się i zaburzeniami osobowości

W tabeli 6 przedstawiono rozkład występowania BED i zaburzeń osobowości w grupie osób z prawidłową masą ciała i w grupie osób z otyłością. Zestawienie uzupełniono wartościami testu niezależności  $\chi^2$ . Otrzymano istotne statystycznie zależności pomiędzy masą ciała a wszystkimi wskaźnikami występowania BED i zaburzeń osobowości. W grupie osób z otyłością było istotnie statystycznie więcej osób, które spełniały co najmniej 3 kryteria BED, osób, które spełniały wszystkie kryteria BED, osób, które spełniały co najmniej 3 kryteria BED i miały zaburzenia osobowości oraz osób, które spełniały wszystkie kryteria BED i miały zaburzenia osobowości

Tabela 4. Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych przedziałowych

Table 4. Descriptive statistics for analysed compartmental variables

Kwestionariusz	Zmienne	M	SD	min	max	Z	p
SCID	Os. unikająca	3,15	2,20	0	7	2,20	0,001
	Os. zależna	2,39	1,86	0	8	3,41	0,001
	Os. OCD	3,98	1,85	0	9	2,23	0,001
	Os. Bierno-agresywna	2,73	2,10	0	8	3,25	0,001
	Os. paranoiczna	2,57	2,11	0	8	2,61	0,001
	Os. schizotypowa	2,81	2,21	0	10	2,80	0,001
	Os. histrioniczna	1,84	1,62	0	7	3,57	0,001
	Os. narcystyczna	3,89	2,98	0	17	2,52	0,001
	Os. borderline	5,15	3,85	0	15	2,47	0,001
	Os. antyspołeczna	1,70	1,95	0	10	3,62	0,001
ACL	Suma wybranych (No.Ckd)	54,44	30,61	3	154	1,33	0,057
	Przymiotniki pozytywne (Fav)	21,74	14,19	0	70	1,51	0,021
	Przymiotniki negatywne (Unfav)	6,72	7,38	0	42	3,08	0,001
	Typowość (Com)	4,07	4,38	-8	17	1,58	0,014
	Potrzeba osiągnięć (Ach)	4,32	4,68	-11	19	1,67	0,008
	Potrzeba dominacji (Dom)	0,82	4,75	-16	14	2,01	0,001
	Potrzeba wytrwałości (End)	2,72	5,22	-12	21	1,35	0,053
	Potrzeba porządku (Ord)	2,28	4,26	-11	16	2,01	0,001
	Potrzeba rozumienia siebie i innych (Int)	5,75	4,58	-3	21	1,93	0,001
	Potrzeba opiekowania się (Nur)	5,75	6,28	-15	21	1,28	0,076
	Potrzeba afiliacji (Aff)	9,84	6,51	0	29	1,66	0,008
	Potrzeba kontaktów heteroseksualnych (Het)	3,52	3,94	-8	14	1,68	0,007
	Potrzeba ekshibicjonizmu psychicznego (Exh)	1,09	4,70	-13	15	1,66	0,008
	Potrzeba autonomii (Aut)	1,76	3,59	-9	12	1,77	0,004
	Potrzeba agresji (Agg)	-1,93	4,86	-15	12	1,48	0,024
	Potrzeba zmian (Cha)	1,79	2,84	-6	10	1,97	0,001
	Potrzeba doznawania opieki i wsparcia (Suc)	1,26	3,31	-6	11	2,65	0,001
	Potrzeba poniżania się (Aba)	2,17	5,08	-9	19	2,24	0,001
	Potrzeba podporządkowania (Def)	1,33	4,13	-9	12	1,33	0,059
	Gotowość do terapii (Crs) — mężczyźni	0,77	4,39	-19	14	2,40	0,001
	Samokontrola (S-Cn)	-0,29	3,48	-11	8	1,49	0,023
	Zaufanie do siebie (S-Cfd)	3,01	4,96	-9	18	0,97	0,305
	Przystosowanie osobiste (P-Adj)	2,74	3,81	-12	16	1,89	0,002

**Tabela 4. cd.** Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych przedziałowych  
**Table 4. cont.** Descriptive statistics for analysed compartmental variables

Kwe- stiona- riusz	Zmienne	M	SD	min	max	Z	p
	Ja idealne (Iss)	1,58	4,74	-11	18	1,38	0,046
	Osobowość twórcza (Cps)	1,39	2,91	-7	11	2,07	0,001
	Przywództwo (MIs)	2,92	4,35	-9	17	1,52	0,020
	Męskość (Mas)	3,60	3,01	0	15	2,24	0,001
	Kobiecość (Fem)	6,15	4,13	0	19	1,75	0,004
	Rodzic krytyczny (CP)	4,33	4,16	-4	18	2,01	0,001
	Rodzic opiekuńczy (NP)	3,32	5,56	-12	19	0,95	0,328
	Dorośli (A)	1,61	4,73	-14	14	1,20	0,111
	Dziecko spontaniczne (FC)	0,32	5,48	-14	15	1,13	0,153
	Dziecko uległe (AC)	-1,00	5,21	-17	17	1,47	0,026
	Wysoka oryginalność–niska inteligencja (A–1)	2,94	2,27	0	11	3,36	0,001
	Wysoka oryginalność–wysoka inteligencja (A–2)	4,21	3,06	0	15	2,40	0,001
	Niska oryginalność–wysoka inteligencja (A–4)	5,16	3,81	0	20	2,80	0,001
STAI	Stan lęku	40,04	11,95	20	77	1,60	0,012
	Cecha lęku	44,93	10,82	23	77	1,22	0,102

ACL — Adjective Check List; SCID — Structured Clinical Interview for Dsm-IV(r); M (mean) — wartość średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; min — wartość minimalna; max — wartość maksymalna; Z — wartość testu Kolmogorowa-Smirnowa; p — istotność statystyczna; STAI — State-Trait Anxiety Inventory

**Tabela 5.** Częstość występowania zespołu kompulsywnego objadania się (BED)  
**Table 5.** Binge eating disorder prevalence

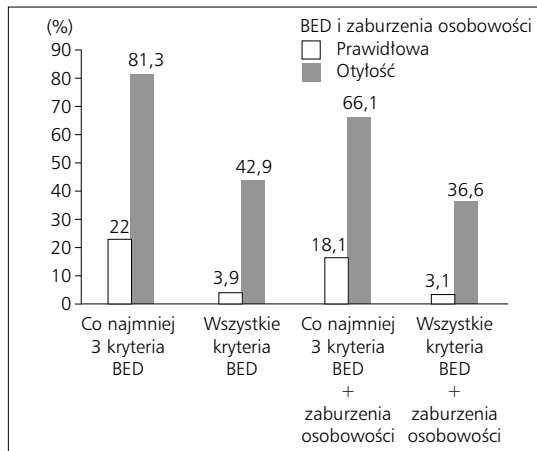
	n	(%)
Brak	148	51,0
3–4 kryteria	83	28,6
Wszystkie kryteria	59	20,3
Ogółem	290	100,0

**Tabela 6.** Występowanie BED i zaburzeń osobowości w grupie osób z prawidłową masą ciała  
**oraz w grupie osób z otyłością**

**Table 6.** Occurrence of BED and personality disorders in the group of people with normal body weight and in the group of obese people

BED i zab. osobowości	Masa ciała				x <sup>2</sup>	df	p
	Prawidłowa		Otyłość				
	n	(%)	n	(%)			
Co najmniej 3 kryteria BED	28	22	91	81,3	83,44	1	0,001
Wszystkie kryteria BED	5	3,9	48	42,9	52,24	1	0,001
Co najmniej 3 kryteria BED + zab. osobowości	23	18,1	74	66,1	56,77	1	0,001
Wszystkie kryteria BED + zab. osobowości	4	3,1	41	36,6	43,59	1	0,001

x<sup>2</sup> — wartość testu niezależności x<sup>2</sup>; df — liczba stopni swobody; p — istotność statystyczna



**Rycina 1.** Występowanie BED i zaburzeń osobowości w grupie osób z otyłością i w grupie osób z prawidłową masą ciała  
**Figure 1.** Occurrence of BED and personality disorders in the group of people with obesity and in the group of people with normal body weight

(ryc. 1). Stąd otrzymano wyniki potwierdzające postawioną hipotezę 1.

#### Nasilenie cech osobowości i lęku w grupie osób z otyłością i BED

W tabeli 7 przedstawiono średnie wartości nasilenia cech osobowości oraz stanu i cechy lęku w grupie osób, u których BED współwystępował z otyłością i w grupie pozostałych osób badanych. Zestawienie uzupełniono testem t Studenta dla prób niezależnych w przypadku zmiennych, których rozkład nie odbiegał od rozkładu normalnego. Zmienne, których rozkład odbiegał od rozkładu normalnego analizowano za pomocą testu U Manna-Whitneya. W grupie osób z BED oraz otyłością stwierdzono istotnie statystycznie większe nasilenie cech osobowości unikającej, zależnej, bierno-agresywnej, paranoicznej, *borderline* i antyspołecznej (ryc. 2).

W teście ACL w grupie osób z BED i otyłością otrzymano istotnie statystycznie mniejszą liczbę określeń pozytywnych oraz istotnie statystycznie niższe wyniki na skalach typowości, potrzeby osiągnięć, potrzeby dominacji, potrzeby wytrwałości, potrzeby porządku, potrzeby rozumienia siebie i innych, potrzeby opiekowania się, potrzeby afiliacji, potrzeby kontaktów heteroseksualnych, potrzeby ekshibicjonizmu psychicznego, potrzeby zmian, zaufania do siebie, przystosowania osobistego, Ja idealnego, osobowości twórczej, przywództwa, męskości, kobiecości, rodzica opiekuńczego, dorosłego, dziecka spontanicznego, niskiej oryginalności–niskiej inteligencji i niskiej oryginalności–wysokiej inteligencji oraz istotnie statystycznie większą liczbę określeń negatywnych, a także istotnie statystycznie wyższe wyniki na skalach

potrzeby doznawania opieki i wsparcia i potrzeby poniżania się (ryc. 3).

W grupie osób z BED i otyłością otrzymano stwierdzono również wyższy poziom stanu i cechy lęku (ryc. 4).

#### Wiek i wykształcenie osób badanych a współwystępowanie BED i otyłości

W grupie osób w wieku 19–34 lat były 23 osoby z BED i otyłością (13,0%). W grupie osób w wieku 35–59 lat było 25 osób z BED i otyłością (24,8%). Na podstawie wartości testu niezależności  $\chi^2$  stwierdzono, że zależność pomiędzy wiekiem osób badanych a współwystępowaniem BED i otyłości była istotna statystycznie,  $\chi^2(1) = 6,22$ ,  $p < 0,05$ . W grupie osób w wieku 35–59 lat było więcej osób z BED i otyłością niż w grupie osób w wieku 19–34 lat (ryc. 5).

W grupie osób bez wyższego wykształcenia było 28 osób z BED i otyłością (25,2%). W grupie osób z wyższym wykształceniem było 20 osób z BED i otyłością (11,2%). Na podstawie wartości testu niezależności  $\chi^2$  stwierdzono, że zależność pomiędzy wykształceniem osób badanych a współwystępowaniem BED i otyłości była istotna statystycznie,  $\chi^2(1) = 9,80$ ,  $p < 0,01$ . W grupie osób bez wyższego wykształcenia było więcej osób z BED i otyłością niż w grupie osób z wyższym wykształceniem (ryc. 6).

#### Dyskusja

Uzyskane w przeprowadzonym badaniu dane jednoznacznie wskazują na zależność pomiędzy zaburzeniami osobowości a zespołem kompulsywnego objadania się u osób otyłych. Dysproporcja pomiędzy grupą badaną oraz kontrolną okazała się bardzo wysoka. Zespół kompulsywnego objadania się wystąpił u 42,9% ( $n = 48$ ) osób otyłych i jedynie 3,9% ( $n = 5$ ) osób z BMI w granicach normy ( $\chi^2 = 52,24$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,001$ ). W celu podkreślenia rangi problemu objadania się wśród osób otyłych, analizy uwzględniają również osoby przejawiające skłonności w rozwinięciu BED. Mimo braku diagnozy pełnoobjawowego zespołu kompulsywnego jedzenia aż 81,3% badanych osób otyłych deklaruje spełnienie minimum 3/5 kryteriów BED, gdzie w przypadku osób szczupłych to jedynie 22% badanych. Badania zespołu Gruzca [7] również wskazują większą tendencję BED w grupie osób otyłych. Wśród osób ze zdiagnozowanym BED badacze odnotowali 70% osób ( $BMI \geq 30$ ) oraz 20% osób ( $BMI \geq 40$ ). Inni naukowcy badając zaburzenia odżywiania zauważyli również, że w grupie osób zmagających się z BED najczęściej występuje problem otyłości olbrzymiej w porównaniu z grupą bez zaburzeń odżywiania [9]. Natomiast według innych autorów jedynie 7,5% badanych osób otyłych spełniało kryteria BED. W badaniach tych autorzy użyli jednak skali *Binge*

**Tabela 7.** Średnie wartości nasilenia cech osobowości oraz stanu i cechy lęku w grupie osób, u których BED współwystępował z otyłością i w grupie pozostałych osób badanych**Table 7.** Mean values of personality traits and state and anxiety traits in the group of people in whom BED co-occurred with obesity and in the group of other subjects

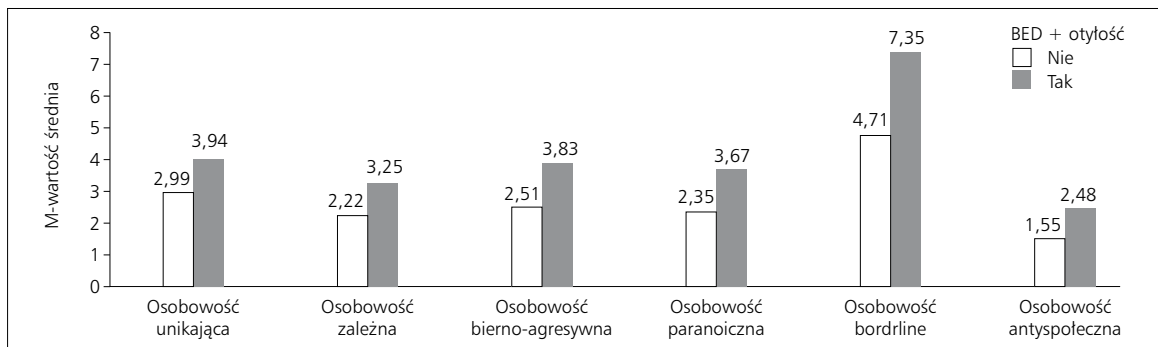
BED + otyłość							
Zmienne	Nie (n = 240)		Tak (n = 50)		t/U	df	p
	M	SD	M	SD			
Os. unikająca	2,99	2,17	3,94	2,17	4367	–	0,006
Os. zależna	2,22	1,64	3,25	2,53	4599	–	0,020
Os. OCD	4,06	1,82	3,60	2,00	4919	–	0,089
Os. bierno-agresywna	2,51	1,95	3,83	2,48	3985	–	0,001
Os. paranoiczna	2,35	1,98	3,67	2,43	3956	–	0,001
Os. schizotypowa	2,73	2,16	3,25	2,43	5084,5	–	0,167
Os. histrioniczna	1,85	1,56	1,83	1,91	5484	–	0,533
Os. narcystyczna	3,77	2,83	4,48	3,66	5235	–	0,277
Os. borderline	4,71	3,59	7,35	4,38	3809,5	–	0,001
Os. antyspołeczna	1,55	1,83	2,48	2,32	4252,5	–	0,003
Suma wybranych (No Ckd)	55,71	31,81	48,02	22,87	1,98	87,49	0,051
Przymiotniki pozytywne (Fav)	23,31	14,36	13,79	10,20	3354	–	0,001
Przymiotniki negatywne (Unfav)	6,09	7,21	9,90	7,45	3615,5	–	0,001
Typowość (Com)	4,50	4,34	1,94	3,94	3829	–	0,001
Potrzeba osiągnięć (Ach)	4,97	4,62	1,08	3,48	2764,5	–	0,001
Potrzeba dominacji (Dom)	1,34	4,55	–1,77	4,96	3751,5	–	0,001
Potrzeba wytrwałości (End)	3,50	5,07	–1,21	4,13	6,05	288	0,001
Potrzeba porządku (Ord)	2,81	4,27	–0,38	3,06	3173	–	0,001
Potrzeba rozumienia siebie i innych (Int)	6,22	4,62	3,38	3,52	3646	–	0,001
Potrzeba opiekiowania się (Nur)	6,08	6,32	4,06	5,84	2,05	288	0,042
Potrzeba afiliacji (Aff)	10,46	6,67	6,73	4,56	3836,5	–	0,001
Potrzeba kontaktów heteroseksualnych (Het)	3,84	4,00	1,94	3,25	4051,5	–	0,001
Potrzeba ekshibicjonizmu psychicznego (Exh)	1,48	4,46	–0,83	5,42	4444	–	0,010
Potrzeba autonomii (Aut)	1,76	3,46	1,75	4,20	5571,5	–	0,654
Potrzeba agresji (Agg)	–1,98	4,69	–1,65	5,71	5407	–	0,449
Potrzeba zmian (Cha)	1,97	2,84	0,90	2,68	4689,5	–	0,034
Potrzeba doznawania opieki i wsparcia (Suc)	0,97	3,21	2,73	3,49	3955,5	–	0,001
Potrzeba poniżania się (Aba)	1,69	4,75	4,56	5,99	4321	–	0,005
Potrzeba podporządkowania (Def)	1,33	4,01	1,31	4,72	5637,5	–	0,747
Gotowość do terapii (Crs) — mężczyźni	0,73	4,59	0,98	3,25	5770,5	–	0,943
Samokontrola (S-Cn)	–0,31	3,37	–0,19	4,04	5678,5	–	0,806
Zaufanie do siebie (S-Cfd)	3,71	4,87	–0,52	3,79	6,73	81,12	0,001

**Tabela 7 (cd.).** Średnie wartości nasilenia cech osobowości oraz stanu i cechy lęku w grupie osób, u których BED współwystępował z otyłością i w grupie pozostałych osób badanych

**Table 7 (cont.).** Mean values of personality traits and state and anxiety traits in the group of people in whom BED co-occurred with obesity and in the group of other subjects

BED + otyłość		Nie (n = 240)		Tak (n = 50)		t/U	df	p
Zmienne	M	SD	M	SD				
Przystosowanie osobiste (P-Adj)	3,08	3,85	1,04	3,12	3711,5	–	0,001	
Ja idealne (Iss)	2,25	4,45	–1,79	4,77	2825	–	0,001	
Osobowość twórcza (Cps)	1,69	2,88	–0,17	2,56	3641	–	0,001	
Przywództwo (Mls)	3,46	4,31	0,19	3,48	3183	–	0,001	
Męskość (Mas)	3,80	3,06	2,63	2,51	4484	–	0,012	
Kobiecość (Fem)	6,37	4,19	5,04	3,66	4737,5	–	0,043	
Rodzic krytyczny (CP)	4,39	4,19	4,00	4,05	5431,5	–	0,477	
Rodzic opiekuńczy (NP)	3,95	5,34	0,15	5,61	4,47	288	0,001	
Dorosły (A)	2,23	4,53	–1,50	4,56	5,2	288	0,001	
Dziecko spontaniczne (FC)	0,93	5,33	–2,75	5,25	4,37	288	0,001	
Dziecko uległe (AC)	–1,76	4,95	2,81	4,81	2643	–	0,001	
Wysoka oryginalność–niska inteligencja (A–1)	3,01	2,34	2,60	1,87	5349	–	0,381	
Wysoka oryginalność–wysoka inteligencja (A–2)	4,25	3,09	4,00	2,95	5502	–	0,561	
Niska oryginalność–niska inteligencja (A–3)	5,31	3,75	3,90	2,87	4640	–	0,027	
Niska oryginalność–wysoka inteligencja (A–4)	5,54	3,94	3,27	2,31	3761	–	0,001	
Stan lęku	38,60	11,39	47,36	12,13	3366,5	–	0,001	
Cecha lęku	43,22	10,08	53,48	10,43	–6,4	287	0,001	

M (mean) — wartość średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; t — wartość testu t Studenta dla prób niezależnych; U — wartość testu U Manna-Whitneya; df — liczba stopni swobody



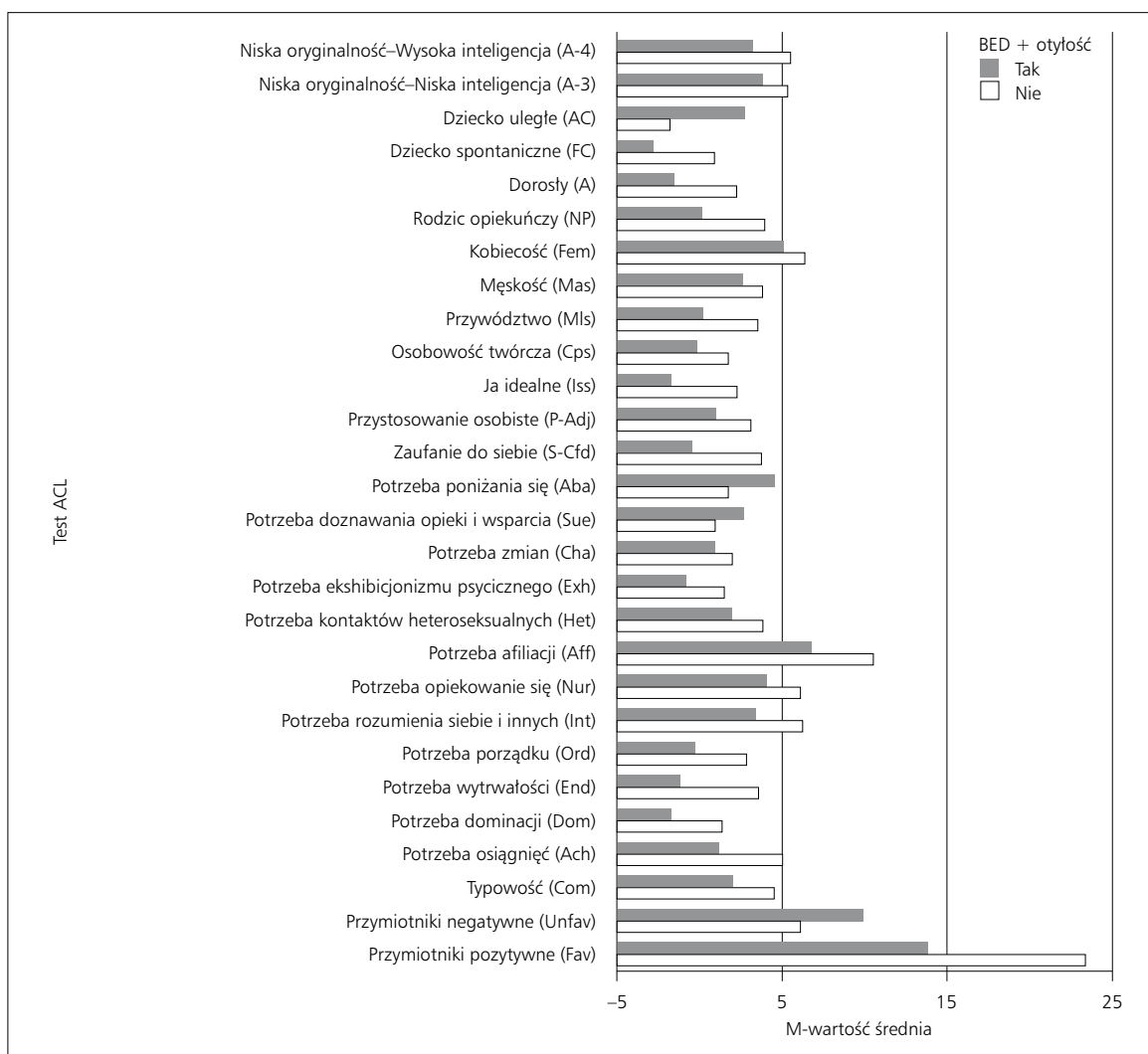
**Rycina 2.** Istotnie statystycznie różnice w zakresie nasilenia cech osobowości według SCID pomiędzy grupą osób z BED i otyłością a grupą pozostałych osób badanych

**Figure 2.** Statistically significant differences in the intensity of personality traits according to SCID between the group of people with BED and obesity and the group of other respondents

Eating Scale (BES), która nie jest aktualnie powszechnym narzędziem do oceny zespołu kompulsywnego jedzenia. Co ciekawe, ci sami badacze zwrócili uwagę, że osoby otyłe z BED mają wyższe BMI niż otyli bez BED [10].

W obszernej metaanalizie z 2014 roku, badającej współwystępowanie zaburzeń osobowości i BED, obliczono średnie BMI dla grupy, które wynosiło 37,2 [11]. W innych badaniach na reprezentatywnej próbie amery-



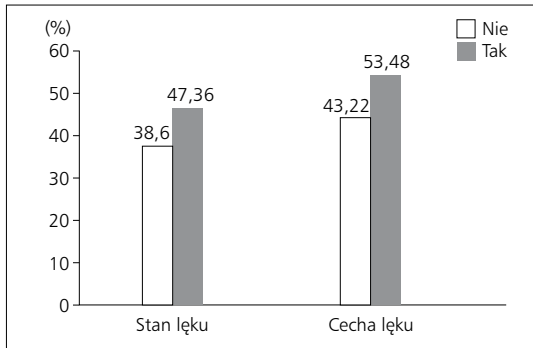


**Rycina 3.** Istotnie statystycznie różnice w zakresie wyników w teście ACL pomiędzy grupą osób z BED i otyłością i grupą pozostałych osób badanych

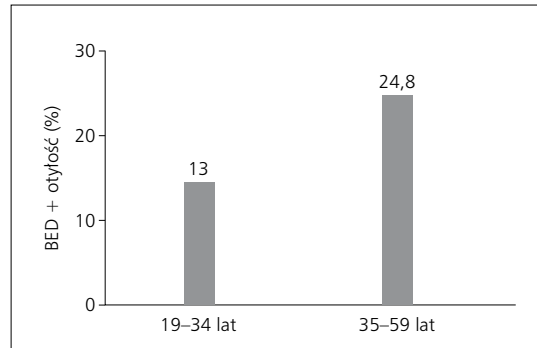
**Figure 3.** Statistically significant differences in the ACL test results between the BED and obesity groups and the other subjects

kańskiej populacji dorosłych oszacowano wyższe średnie BMI dla osób z BED w porównaniu do osób bez zaburzenia [12]. Publikacje donoszą o współwystępowaniu zaburzeń osobowości z zaburzeniami odżywiania, w tym BED. W badaniach wśród Latynosów potwierdzono współwystępowanie osobowości unikającej (45%) oraz depresyjnej (65%) w grupie osób z BED. Latynoski z BED zgłosiły klinicznie znaczące występowanie osobowości schizoidalnej i zależnej. Ponadto odnotowano, że 41% z nich rozwinęło zaburzenia lękowe [13]. Natomiast wyniki badań własnych dowiodły wysokiej częstotliwości współwystępowania BED i zaburzeń odżywiania głównie w grupie osób otyłych. Zależność ta dotyczyła 36,6% ( $n = 41$ ) otyłych osób, natomiast w przypadku osób z normową wagą jedynie 3,1% ( $n = 4$ ) badanych ( $\chi^2 = 43,59$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,001$ ). Badacze szacują, że 1:4 osoby z otyłością może dotyczyć problem kompulsywne-

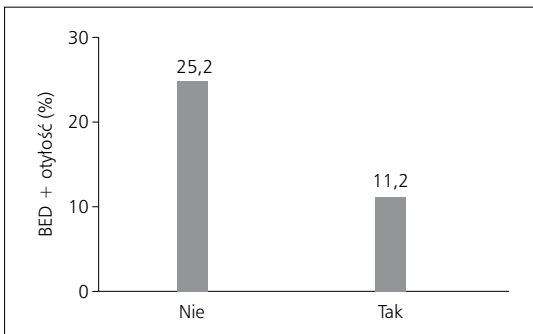
go jedzenia. Co więcej, autorzy zwrócili również uwagę na współwystępowanie zaburzeń osobowości (zwłaszcza *borderline*) w przebiegu kompulsywnego jedzenia [14]. W badaniach własnych, w grupie osób otyłych ze spełnionymi wszystkimi kryteriami BED stwierdzono istotnie statystycznie większe nasilenie cech osobowości unikającej ( $M$  [ $mean$ ] = 3,94;  $SD$  [ $standard deviation$ ] = 2,17) zależnej ( $M = 3,25$ ;  $SD = 2,53$ ), bierno-agresywnej ( $M = 3,83$ ;  $SD = 2,48$ ), paranoicznej ( $M = 3,67$ ;  $SD = 2,43$ ) oraz *borderline* ( $M = 7,35$ ;  $SD = 4,38$ ) i antyspołecznej ( $M = 2,48$ ;  $SD = 2,32$ ). Potwierdzenie badań własnych można znaleźć w przeglądzie systematycznym, gdzie porównano zaburzenia osobowości u otyłych z BED i bez BED. W porównaniu z osobami nieposiadającymi BED, uczestnicy z rozwiniętym BED byli znacznie bardziej skłonni cierpieć na zaburzenia osobowości. Podwyższone były wskaźniki dla cech osobowości *borderline*, unikającej



**Rycina 4.** Średnie wartości nasilenia stanu i cechy lęku w grupie osób z BED i otyłością i w grupie pozostałych osób badanych  
**Figure 4.** Average severity and anxiety traits in the group of BED and obesity people and in the group of other subjects



**Rycina 5.** Współwystępowanie BED i otyłości w grupie osób w wieku 19-34 lat i w grupie osób 35-59 lat  
**Figure 5.** Coexistence of BED and obesity in the 19-34 age group and in the 35-59 age group



**Rycina 6.** Współwystępowanie BED i otyłości w grupie osób z wyższym wykształceniem i w grupie osób bez wyższego wykształcenia  
**Figure 6.** Coexistence of BED and obesity in the group of people with higher education and in the group of people without higher education

i histrionicznej, obsesyjno-kompulsywnej i zależnej [15]. Z kolei w innym opracowaniu udowodniono korelację osobowości unikającej i obsesyjno-kompulsywnej z zespołem kompulsywnego jedzenia, jednak nie odnotowując korelacji z BMI badanych osób [16]. W badaniach własnych w teście przmiotników, osoby otyłe z BED otrzymały istotnie mniejszą liczbę pozytywnych określeń. Może to oznaczać, że osoby te są smutniejsze, pełne wewnętrznych sprzeczności, martwią się o przyszłość, łatwo załamują pod wpływem zmiennej sytuacji życiowej. Niskie wyniki odnotowano na skali typowości, potrzeby opiekowania się, afiliacji, kontaktów heteroseksualnych, dziecka spontanicznego, zadufania w sobie, kobiecości. Dlatego osoby te mają trudności w przystosowaniu się do wymagań niezbędnych w budowaniu relacji, unikają kontaktów, są ostrożne, wycofane, zależnione oraz zahamowane i skryte w stosunkach międzyludzkich. Z kolei niskie wyniki na skali potrzeby osiągnięć, dominacji, wytrwałości, porządku, Ja idealnego, osobowości

twórczej, przywództwa, potrzeby zmian, są przejawem małej efektywności w działaniu, zmienności oraz łatwości porzucania obranego kierunku działań. Co więcej, osoby te mają mniejszą motywację w długoterminowym działaniu, ponieważ są skupione na szybkim osiągnięciu gratyfikacji, brak tu i teraz. Obniżone morale oraz konserwatyzm powodują trudności w podjęciu działania i osiągnięciu zamierzonego celu. Dodatkowo postrzeganie samodyscypliny i wysiłku jako bezcelowego przyczyniają się do małego zapалу do wszelkich inicjatyw. W badanej grupie zauważono również niskie wyniki na skali potrzeb rozumienia siebie i innych, przystosowania osobistego, rodzica opiekuńczego, dorosłego, niskiej oryginalności–niskiej inteligencji. Z tego powodu osoby te gorzej radzą sobie ze stresem, są bardziej napięte, obawiające się, że nie podołają stresowi, presji i oczekiwaniom innych. Wynik badania potwierdził niską potrzebę męskości, dlatego osoby te zamiast żyć realnymi zdarzeniami, zatrzymały się na etapie marzeń i fantazji. Co ważniejsze, niski wynik w skali potrzeby niskiej oryginalności-wysokiej inteligencji świadczy o braku samokontroli. Odnotowano natomiast więcej określeń negatywnych oraz wysokie wyniki na skalach potrzeby doznawania opieki i wsparcia oraz potrzeby ponizania się, co świadczy o niskiej samoocenie badanych, bezradności oraz poczuciu niezasługiwania na lepszy los. Omówienie powyższego profilu cech osobowości wyjaśnia, dlaczego osoby otyłe mogą przejawiać skłonności do zajadania negatywnych emocji, samotności i bezradności, rozwijając zespół kompulsywnego jedzenia.

W badaniach wśród otyłych kobiet z BED, zauważono niską samodzielność oraz wysokie wyniki w zakresie poszukiwania nowości i unikania szkód. Autorzy pracy podkreślili znaczenie impulsywności oraz niechęci monotoni w powstawaniu zachowań kompulsywnego jedzenia w celu uniknięcia nudy [17]. W badaniach

własnych zarejestrowano również wyższe poziomy lęku jako stanu oraz cechy. Wyniki innych badań neurotyczności potwierdziły jednak tylko wystąpienie lęku jako cechy u kobiet z BED, ale bez problemu otyłości [18]. Zaskakującym wynikiem w badaniach własnych jest stwierdzona istotna statycznie zależność w grupie osób otyłych i pełnoobjawowym BED z wiekiem oraz wykształceniem. W grupie osób w przedziale wieku 35–59 więcej osób rozwinęło zaburzenie odżywiania w porównaniu z osobami w przedziale wiekowym 19–34. Co więcej, w grupie bez wyższego wykształcenia współwystępowanie otyłości i BED jest powszechniejszym zjawiskiem. Dane z literatury nie potwierdzają takiej zależności [19]. Zaletą wykonanych badań jest diagnoza zespołu kompulsywnego jedzenia na podstawie najnowszych i rekomendowanych kryteriów diagnostycznych DSM-5. Badana grupa nie jest jednak liczna. Kolejne ograniczenie badania stanowi brak wykluczenia osób z poważnymi chorobami psychicznymi, depresją, nerwicą, które mogą wpływać na osiągnięte wysokie wyniki zaburzeń osobowości w badanej grupie. Badacze zwracają jednak uwagę na ważne aspekty psychopatologiczne towarzyszące zjawisku otyłości. Zależność pomiędzy zaburzeniami i cechami osobowości a zaburzeniami jedzenia od dawna jest przedmiotem licznych badań. Większość skupia się jednak w głównej mierze na anoreksji oraz bulimii [20]. Brakuje populacyjnych badań reprezentatywnych dla zaburzeń osobowości i BED. W badaniach środowiskowych i klinicznych wydaje się, że częściej na zaburzenia osobowości cierpią osoby otyłe z BED [14]. Podsumowując, wykazanie w badaniach własnych zależności, pomiędzy zespołem kompulsywnego je-

dzenia a zaburzeniami osobowości u osób otyłych, jest niezwykle istotne w leczeniu tej grupy chorych. Potrzeba jednak dalszych badań, które powinny skupić się na związku przyczynowo-skutkowym opisanych zmiennych. Co więcej, przedmiotem kolejnych badań powinien być dobór odpowiedniej terapii i metod psychoedukacyjnych dla osób otyłych z zaburzeniami kompulsywnego jedzenia i współwystępującymi zaburzeniami osobowości. Dobranie odpowiedniej interwencji żywieniowej wraz z pomocą psychologiczną mogą się okazać niezwykle korzystnym narzędziem do walki z otyłością.

### Wnioski

1. Osoby otyłe powinny być również diagnozowane w kierunku zespołu kompulsywnego jedzenia oraz zaburzeń cech osobowości w celu skutecznego leczenia otyłości.
2. Osoby otyłe, poza wsparciem dietetyka, powinny również zostać objęte opieką psychologa/psychoterapeuty w celu nauki radzenia sobie ze stresem, lękiem, niską samooceną. Wzrost samokontroli i sprawności podjętych działań, zwiększy skuteczność zastosowanej interwencji żywieniowej.
3. Psychoedukacja oparta na nauce odpowiedniej regulacji negatywnych emocji oraz zwiększanie wiedzy z zakresu zdrowego żywienia to działania zasadne w badanej grupie. Takie postępowanie wydaje się szczególnie ważne dla osób w wieku 35–59 lat oraz bez wykształcenia wyższego, gdzie odsetek współwystępowania otyłości i kompulsywnego jedzenia jest najwyższy.

### Streszczenie

**Wstęp:** Wiele otyłych osób zmaga się z kompulsywnym jedzeniem oraz dysfunkcjami psychicznymi. Celem pracy było znalezienie zależności pomiędzy charakterystycznymi cechami, zaburzeń osobowości a problemem kompulsywnego jedzenia u osoby otyłej ze wskaźnikiem masy ciała (BMI)  $\geq 30$ .

**Materiał i metody:** W badaniu wzięło udział 290 osób, 241 kobiet (83,1%) i 49 mężczyzn (16,9%). Uczestników przydzielono do grupy badawczej (BMI  $\geq 30$ ) lub kontrolnej (BMI 18,5–24,99). Z badania wyłączono osoby z innymi zaburzeniami odżywiania: anoreksją, bulimią oraz ze zdiagnozowaną ciążą w chwili badania. Dane zbierano za pomocą ankiety internetowej oraz w wersji papier-olówek. Narzędzia badawcze, które zastosowano, to autorski kwestionariusz oparty na kryteriach diagnostycznych *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, *Lista Przymiotnikowa (ACL)*, *Kwestionariusz Osobowości (SCID II)*, *Kwestionariusz Samooceny State-TraitAnxiety Inventory (STAI)*.

**Wyniki:** Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy niektórymi typami zaburzeń osobowości, nasileniem pewnych cech osobowości oraz lękiem jako stanu i cechy a zespołem kompulsywnego jedzenia u osób otyłych. Dowiedziono zależności pomiędzy wiekiem, wykształceniem a kompulsywnym jedzeniem w badanej grupie.

**Wnioski:** Leczenie otyłości wymaga holistycznego i wielopłaszczyznowego podejścia do pacjenta. Poznanie współtowarzyszących jej dysfunkcji psychicznych wydaje się kluczowe w doborze odpowiedniej terapii.

*Psychiatria 2021; 18, 1: 18–29*

**Słowa kluczowe:** kompulsywne jedzenie, zaburzenia osobowości, otyłość

**Piśmiennictwo:**

1. Brończyk-Puzoń A, Koszowska A, Nowak J, et al. Epidemia otyłości na świecie i w Polsce. Forum Zaburzeń Metabolicznych. 2014; 5(1): 1–5.
2. Żak-Gołąb A, Tomalski R, Olszanecka-Glinianowicz M, et al. Aleksytymia u osób otyłych. Endocrinology, Obesity and Metabolic Disorders. 2012; 8(4): 124–129.
3. Chandusko-Salska J. Psychologiczne uwarunkowania nadmiernego zaabsorbowania jedzeniem. Psychiatria. 2013; 10: 1–8.
4. 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).
5. Banach J, Szymańska J. Zespół gwałtownego objadania się — stan wiedzy. Curr Probl Psychiatri. 2011; 12(3): 318–321.
6. Friedman MA, Brownell KD. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. Psychol Bull. 1995; 117(1): 3–20, doi: [10.1037/0033-2909.117.1.3](https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.1.3), indexed in Pubmed: [7870862](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7870862/).
7. Gruzca RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. Compr Psychiatry. 2007; 48(2): 124–131, doi: [10.1016/j.comppsy.2006.08.002](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.08.002), indexed in Pubmed: [17292702](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17292702/).
8. Núñez-Navarro A, Jiménez-Murcia S, Álvarez-Moya E, et al. Differentiating purging and nonpurging bulimia nervosa and binge eating disorder. International Journal of Eating Disorders. 2010; 44(6): 488–496, doi: [10.1002/eat.20823](https://doi.org/10.1002/eat.20823).
9. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry. 2007; 61(3): 348–358, doi: [10.1016/j.biopsych.2006.03.040](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040), indexed in Pubmed: [16815322](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16815322/).
10. Ricca V, Mannucci E, Moretti S, et al. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. Compr Psychiatry. 2000; 41(2): 111–115, doi: [10.1016/s0010-440x\(00\)90143-3](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(00)90143-3), indexed in Pubmed: [10741889](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10741889/).
11. Friborg O, Martinussen M, Kaiser S, et al. Personality disorders in eating disorder not otherwise specified and binge eating disorder: a meta-analysis of comorbidity studies. J Nerv Ment Dis. 2014; 202(2): 119–125, doi: [10.1097/NMD.0000000000000080](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000080), indexed in Pubmed: [24469523](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24469523/).
12. Cossrow N, Pawaskar M, Witt E, et al. Estimating the prevalence of binge eating disorder in a community sample from the United States. The Journal of Clinical Psychiatry. 2016; 77(08): e968–e974, doi: [10.4088/jcp.15m10059](https://doi.org/10.4088/jcp.15m10059).
13. Morgan J. Binge eating: ADHD, borderline personality disorder, and obesity. Psychiatri. 2008; 7(4): 188–190, doi: [10.1016/j.mppsy.2008.02.004](https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.02.004).
14. Minnick AM, Cachelin FM, Durvasula RS. Personality disorders and psychological functioning among latina women with eating disorders. Behav Med. 2017; 43(3): 200–207, doi: [10.1080/08964289.2016.1276429](https://doi.org/10.1080/08964289.2016.1276429), indexed in Pubmed: [28767016](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28767016/).
15. Gerlach G, Loeber S, Herpertz S. Personality disorders and obesity: a systematic review. Obes Rev. 2016; 17(8): 691–723, doi: [10.1111/obr.12415](https://doi.org/10.1111/obr.12415), indexed in Pubmed: [27230851](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27230851/).
16. Becker DF, Masheb RM, White MA, et al. Psychiatric, behavioral, and attitudinal correlates of avoidant and obsessive-compulsive personality pathology in patients with binge-eating disorder. Compr Psychiatry. 2010; 51(5): 531–537, doi: [10.1016/j.comppsy.2009.11.005](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.11.005), indexed in Pubmed: [20728012](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20728012/).
17. Dalle Grave R, Calugi S, Marchesini G, et al. QUOVADIS II Study Group. Personality features of obese women in relation to binge eating and night eating. Psychiatry Res. 2013; 207(1-2): 86–91, doi: [10.1016/j.psychres.2012.09.001](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.001), indexed in Pubmed: [23017653](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23017653/).
18. Izydorczyk B. Neuroticism and compulsive overeating (A comparative analysis of the level of neuroticism and anxiety in a group of females suffering from psychogenic binge eating, and in individuals exhibiting no mental or eating disorders). Psychiatry and Psychotherapy, 2012; 3 : 5–13 2012.
19. Becker DF, Grilo CM. Comorbidity of mood and substance use disorders in patients with binge-eating disorder: Associations with personality disorder and eating disorder pathology. J Psychosom Res. 2015; 79(2): 159–164, doi: [10.1016/j.jpsychores.2015.01.016](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.01.016), indexed in Pubmed: [25700727](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25700727/).
20. Grilo CM. Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. Curr Psychiatry Rep. 2002; 4(1): 18–24, doi: [10.1007/s11920-002-0007-8](https://doi.org/10.1007/s11920-002-0007-8), indexed in Pubmed: [11814391](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11814391/).