

Katarzyna Nowakowska, Alina Borkowska  
Zakład Psychologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

# Zwyczaje żywieniowe dziewcząt z rozpoznaniem anoreksji i ich matek

## *The eating styles in girls suffering from anorexia and their mothers*

### Abstract

**Introduction.** Anorexia nervosa is a complex disease with multifactor etiology. The eating styles of anorectic patients are completely different, from eating styles of healthy subjects. Most of data show abnormalities concerning the perception of the role of eating both in anorectic patients and their families.

The aim of this study was to assess the eating styles in girls suffering from anorexia nervosa and their mothers, and to compare them with the eating styles of healthy girls and their mothers.

**Material and methods.** The experimental group consisted of 30 girls with anorexia, aged 13–20 (mean 17) years. The diagnosis was made using the DSM-IV criteria. The body mass index (BMI) was 17–17 (mean 16). The second group consisted of 30 mothers of anorectic girls, aged 36–60 (mean 47) years. The control group for anorectic patients consisted of 30 healthy girls, aged 14–19 (mean 17) years. The control group of patients' mothers consisted of 30 mothers of healthy girls, aged 36–60 (mean 44) years.

The questionnaire "My Eating Styles" was used to evaluate the eating styles.

**Results.** In girls with anorexia nervosa, compared to healthy girls diet restrictions were significantly more frequently observed. In this group eating was connected with negative emotions, while in healthy subject it was connected with positive emotions. Eating styles of mothers of the girls with anorexia differed in the tendency to habitual overeating compared to healthy control mothers.

**key words:** anorexia, eating styles, diet restrictions, family studies, psychological assessment

### Wstęp

Anoreksja psychiczna to zespół chorobowy uwarunkowany wieloczynnikowo, w głównej mierze czynnikami społeczno-kulturowymi, rodzinnymi, biologicznymi i osobowościowymi. Dotyczy głównie dziewcząt w okresie dojrzewania i młodych kobiet. Jak wskazują wyniki najnowszych badań, zaburzenie to coraz częściej jest diagnozowane u dzieci, a także u dorosłych kobiet po 30 roku życia, a nawet u kobiet po menopauzie [1].

Hoek i van Hoeken [2] szacują częstość występowania anoreksji w krajach zachodnich na 0,2–0,9%. Makino

i wsp. [3] podają, że jest to 0,1–5,7% w populacji kobiet. W Ameryce szacuje się liczbę chorych na anoreksję na 8 milionów, z czego 90% przypadków to dziewczęta. Coraz więcej chorych dziewcząt jest także w Japonii, Hongkongu, Argentynie i na wyspach Fidzi [4, 5]. W ostatnich latach badacze obserwują wzrost częstości występowania anoreksji w populacjach Azji i Afryki, a liczba chorych rośnie wraz ze wzrostem dobrobytu oraz z przejmowaniem zachodniego stylu życia i odżywiania się [3, 6, 7, 8, 9]. Namyśłowska podaje, że w Polsce częstość anoreksji wynosi 0,8–1,8% dla dziewcząt poniżej 18. roku życia [10]. Zwyczaje żywieniowe chorych na anoreksję są istotnym czynnikiem obrazu klinicznego choroby. U tych chorych są one znacząco odmienne od przyjętych norm odżywiania w danej populacji. Występuje u nich znaczna koncentracja na problematyce jedzenia, tak,

Adres do korespondencji:  
Mgr psych. Katarzyna Nowakowska  
Zakład Psychologii Lekarskiej UM w Łodzi  
ul. Pomorska 251 b-C5  
tel.: (0 42) 675 77 15  
e-mail: kakan1977@poczta.onet.pl

że z czasem nabywają ogromną wiedzę na temat diet i znają dokładne wartości kaloryczne potraw oraz produktów. Sposób odżywiania się dziewcząt z anoreksją przybiera często nietypowe formy. Żywią się przeważnie małymi porcjami nabiału, suszonymi owocami i słodyczami, które według nich nie wytwarzają odchodów. Mogą okresowo odmawiać przyjmowania pokarmów, spożywać jedynie owoce lub chude jogurty i płatki, przesadnie unikać kalorycznego pożywienia (np. wielokrotnie zmieniać wodę podczas gotowania chudego mięsa, odcedzać tłuszcz z zupy) lub stosować skrajnie restrykcyjne diety. Posiłki „normalne” są według nich zakazane, chore dzielą pokarmy na „dobre” (te z niską zawartością kalorii) i „złe” (pokarmy wysokokaloryczne). Starają się zjadać tylko te — ich zdaniem — dobre, rezygnują często z węglowodanów i potraw wysokoenergetycznych [11]. Każdy pokarm widziany jest przez chorych na anoreksję jako szkodliwe zanieczyszczanie organizmu.

Wiele danych wskazuje, że również w rodzinach osób z anoreksją występują pewne nieprawidłowości dotyczące przypisywania roli jaką pełni pożywienie. Rodzice często przywiązują nadmierną wagę do jedzenia dzieci, natomiast w sytuacji choroby, kiedy rodzice lub lekarze zmuszają chorą na anoreksję do jedzenia przy stole lub starają się kontrolować ilość spożywanego pokarmu, osoby te stawiają otwarty opór lub manipulują otoczeniem. Chore są również mistrzyniami w sztuce tworzenia pozorów, że z ich sposobem odżywiania wszystko jest w najlepszym porządku [12]. Poza unikaniem „tuczącego” pożywienia i stosowaniem bardzo restrykcyjnej diety mogą one stosować: prowokowanie wymiotów, przeczyszczanie, wyczerpujące ćwiczenia fizyczne oraz nadużywanie leków osłabiających łąknienie lub środków moczopędnych [13]. Problemu odżywiania i zwyczajów żywieniowych chorych na anoreksję oraz zwyczajów, jakie są charakterystyczne dla ich rodzin ostatecznie nie poznano i wymaga on dalszych badań.

### Cel pracy

Celem niniejszej pracy była ocena zwyczajów żywieniowych dziewcząt chorych na anoreksję i ich matek w porównaniu ze zwyczajami żywieniowymi dziewcząt zdrowych oraz ich matek.

### Materiał i metody

#### Osoby badane

Pierwszą grupę badaną stanowiło 31 dziewcząt z anoreksją w wieku 13–20 lat (średnia wieku:  $16,9 \pm 1,5$  roku). Diagnozę anoreksji postawiono zgodnie z kryteriami *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

*Disorders* (DSM IV). Wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) w badanej grupie wynosił 12–17 (średnia:  $16,1 \pm 1,2$ ).

Drugą grupę badanych stanowiło 31 matek dziewcząt chorych na anoreksję w wieku 36–60 lat (średnia wieku:  $47,1 \pm 6,1$  roku). Wskaźnik masy ciała w tej grupie wynosił 20–34 p (średnia:  $25,7 \pm 2,9$ ).

Grupę kontrolną dla chorych z anoreksją (grupa III) stanowiło 31 zdrowych dziewcząt w wieku 14–19 lat (średnia:  $16,6 \pm 1,3$  roku), których BMI mieścił się w granicach 18–25 (średnia:  $20,6 \pm 1,8$ ).

Grupę kontrolną dobraną do matek dziewcząt z anoreksją (grupa IV) stanowiło 31 matek zdrowych dziewcząt w wieku 36–60 lat (średnia wieku:  $44,4 \pm 5,2$  roku). Wskaźnik masy ciała wynosił: 18–30 p (średnia:  $24,1 \pm 3,3$ ).

### Metody badań

Do oceny zwyczajów żywieniowych badanych osób zastosowano kwestionariusz „Moje Zwyczaje Żywieniowe” [14], który służy do pomiaru nawyków żywieniowych u osób dorosłych i starszej młodzieży. Wyniki uzyskane w trakcie badania tą techniką można stosować w celu diagnozowania zaburzeń w odżywianiu się i w przewidywaniu skłonności do tycia.

Za pomocą tego kwestionariusza ocenia się trzy czynniki związane ze zwyczajami żywieniowymi:

1. nawykowe przejadanie się (częste jedzenie na zasadzie nawyku, np. podczas wykonywania niektórych czynności — jak oglądanie telewizji, spacer itp.);
2. emocjonalne przejadanie się („zajadanie emocji” w celu rozładowania napięcia emocjonalnego);
3. restrykcje dietetyczne (ograniczanie ilości spożywania niektórych pokarmów lub rezygnacja z niektórych grup pokarmów).

### Wyniki

W tabeli 1 przedstawiono wyniki uzyskane u chorych na anoreksję i u ich matek oraz u osób zdrowych na podstawie kwestionariusza „Moje Zwyczaje Żywieniowe”.

Jak wynika z tabeli 1, dziewczęta z anoreksją uzyskały istotnie wyższe wyniki w kwestionariuszu „Moje Zwyczaje Żywieniowe” w porównaniu z grupą kontrolną dziewcząt zdrowych. Uzyskały one wyniki wskazujące na częstsze stosowanie restrykcji dietetycznych pod postacią niskokalorycznej diety oraz nawykowego przejadania się.

Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic w zakresie emocjonalnego przejadania się w grupie chorych na anoreksję w porównaniu z dziewczętami zdrowymi.

**Tabela 1.** Porównanie wyników uzyskanych u chorych na anoreksję oraz u osób zdrowych na podstawie kwestionariusza „Moje Zwyczaje Żywieniowe”**Table 1.** The results of "My Eating Styles" questionnaire in patients with anorexia nervosa and healthy controls

	Chore na anoreksję	Grupa kontrolna — dziewczęta zdrowe
Wynik ogólny	14,4 ± 5,9	11,0 ± 4,6**
Nawykowe przejadanie się	4,2 ± 2,6	2,9 ± 2,3*
Emocjonalne przejadanie się	5,1 ± 2,2	4,7 ± 1,9
Restrykcje dietetyczne	5,1 ± 3,2	3,4 ± 2,6*

\*p &lt; 0,05, \*\*p &lt; 0,001 test U Manna-Whitneya, różnica vs. anoreksja

**Tabela 2.** Wyniki kwestionariusza „Moje Zwyczaje Żywieniowe” uzyskane u dziewcząt z anoreksją, u ich matek oraz u matek dziewcząt zdrowych**Table 2.** The results of "My Eating Styles" questionnaire in girls with anorexia nervosa, their mothers and healthy controls' mothers

	Dziewczęta z anoreksją	Matki dziewcząt z anoreksją	Matki dziewcząt zdrowych
Wynik ogólny	14,4 ± 5,9	11,2 ± 5,6*	10,0 ± 7,2
Nawykowe przejadanie się	4,2 ± 2,6	3,0 ± 2,3	3,1 ± 3,3
Emocjonalne przejadanie się	5,1 ± 2,2	4,9 ± 1,8	4,0 ± 2,5
Restrykcje dietetyczne	5,1 ± 3,2	3,2 ± 2,6*	2,9 ± 2,6

\*p &lt; 0,05 test U Manna-Whitneya, różnica vs. anoreksja

W tabeli 2 przedstawiono wyniki uzyskane u chorych na anoreksję i u ich matek oraz u matek dziewcząt zdrowych na podstawie kwestionariusza „Moje Zwyczaje Żywieniowe”.

Jak wynika z tabeli 2, częstsze stosowanie restrykcji żywieniowych obserwowano u matek dziewcząt z anoreksją w porównaniu z matkami zdrowych dziewcząt, podczas gdy nawykowe przejadanie się częściej występowało u matek zdrowych dziewcząt. Różnice te nie były jednak istotne statystycznie.

### Dyskusja

W niniejszej pracy wykazano istotne różnice w zwyczajach żywieniowych między dziewczętami z anoreksją a dziewczętami zdrowymi. Najbardziej istotne różnice dotyczyły restrykcji dietetycznych. Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic w zakresie czynników mierzących emocjonalne i nawykowe przejadanie się. Świadczy to o tym, że chore na anoreksję zdecydowanie częściej stosują ograniczającą dietę (restrykcje dietetyczne) niż zdrowe dziewczęta, co znajduje potwierdzenie we wcześniejszych pracach [10–12, 15–19].

Nie stwierdzono istotnych różnic w badanych grupach w zakresie tendencji do emocjonalnego przejadania się, czyli przyjmowania nadmiernych ilości pokarmów

w sytuacjach trudnych emocjonalnie. Jednocześnie w obydwu grupach dziewcząt wyniki te były istotnie podwyższone. Może to świadczyć, że w obydwu grupach badanych jedzenie jest postrzegane w kontekście emocji jako środek łagodzący emocje negatywne lub jako źródło emocji pozytywnych. Jednocześnie w grupie dziewcząt z anoreksją jedzenie jest postrzegane również jako przyczyna powstawania emocji negatywnych, na przykład poczucie winy po przyjęciu pokarmu. To zaś jest przyczyną podejmowania przez chorą na anoreksję zachowań mających na celu usunięcie pokarmu z organizmu. Potwierdzają to wyniki innych badań wskazujących na silny związek emocji z jedzeniem u chorych na anoreksję. W wielu pracach wskazywano na możliwość łagodzenia napięcia psychicznego przez nadmierne jedzenie u osób z anoreksją. Wyniki niniejszej pracy wskazują również na taką rolę jedzenia u osób zdrowych. Może to się wiązać z układem nagrody i doznawaniem przyjemności podczas jedzenia. U zdrowych osób nie stwierdzono natomiast zachowań o charakterze restrykcji, co wskazuje, że nie ma u nich powiązania emocji negatywnych z jedzeniem w przeciwieństwie do osób z anoreksją.

W pracy stwierdzono również, że niektóre zwyczaje

żywieniowe matek chorych na anoreksję są podobne jak u ich chorych dzieci. Na możliwość istnienia modeli rodzinnych prowadzących do anoreksji w piśmiennictwie polskim zwracano uwagę już kilka lat temu [19–21]. Davis i wsp. [22] stwierdzili, że styl żywienia osoby z anoreksją wpływa na żywienie ich partnerów. Natomiast postawy rodziców wobec żywienia mają ogromny wpływ na kształtowanie się późniejszych zaburzeń jedzenia u dzieci. Autorzy austriaccy stwierdzili, że nadmierna koncentracja rodziców na jedzeniu we wczesnym okresie życia dziecka jest istotnym czynnikiem wystąpienia zaburzeń jedzenia oraz uzależnień [23]. W niniejszej pracy nie wykazano istotnych różnic w zwyczajach żywieniowych między matkami dziewcząt chorych i matkami dziewcząt zdrowych, poza większą tendencją do nawykowego przejadania się u matek dziewcząt zdrowych. Matki dziewcząt zdrowych nie kontrolowały jedzenia, gdyż nie stanowiło ono problemu rodzinnego. Nie „zajadały one emocji”, jak to robiły matki dziewcząt chorych. Wskazuje to na pewne podobieństwa rodzinne dotyczące emocjonalnych stylów radzenia sobie z sytuacją trudną

w rodzinach osób z anoreksją. Na złożoność tego zjawiska zwrócił uwagę między innymi Wallin [24], podkreślając, że chociaż wpływ postaw rodzinnych, na przykład dotyczących żywienia, jest niewątpliwym, to zrozumienie roli tych mechanizmów w powstawaniu anoreksji wymaga dalszych badań.

### Wnioski

1. Dziewczęta z anoreksją częściej stosują restrykcje dietetyczne niż dziewczęta zdrowe, natomiast wyniki w zakresie czynników emocjonalnych są u nich podobne. Oznacza to, że w grupie osób zdrowych jedzenie jest postrzegane jako środek łagodzący emocje negatywne lub jako źródło emocji pozytywnych, natomiast w grupie chorych na anoreksję — jako przyczyna powstawania emocji negatywnych.
2. Zwyczaje żywieniowe matek dziewcząt z anoreksją i matek dziewcząt zdrowych różnią się w zakresie tendencji do nawykowego przejadania się u matek dziewcząt zdrowych. Może to być wyrazem mniejszej dbałości o dietę w tych rodzinach, gdzie jedzenie nie stanowi istotnego problemu rodzinnego.

### Streszczenie

**Wstęp.** Anoreksja psychiczna to złożony zespół chorobowy uwarunkowany wieloczynnikowo. Zwyczaje żywieniowe chorych na anoreksję są zdecydowanie inne w porównaniu ze zwyczajami osób zdrowych. Wiele danych wskazuje na nieprawidłowości w postrzeganiu roli jedzenia zarówno u chorych, jak i w rodzinach chorych na anoreksję.

Celem pracy była ocena zwyczajów żywieniowych dziewcząt z anoreksją i ich matek w porównaniu ze stylem żywienia dziewcząt zdrowych i ich matek.

**Materiał i metody.** Do grupy badanej włączono 30 dziewcząt z anoreksją w wieku 13–20 lat (średnia wieku: 17 lat). Diagnozę anoreksji postawiono zgodnie z kryteriami DSM IV. Wskaźnik masy ciała (BMI) w badanej grupie wynosił 12–17 (średnia 16,1). Drugą badaną grupę stanowiło 30 matek dziewcząt z anoreksją w wieku 36–60 lat (średnia wieku: 47 lat). Grupę kontrolną dla chorych na anoreksję stanowiło 30 zdrowych dziewcząt w wieku 14–19 lat (średnia wieku: 16 lat), natomiast grupę kontrolną dla matek dziewcząt z anoreksją — 30 matek dziewcząt zdrowych w wieku 36–60 lat (średnia wieku: 44 lata).

Do oceny stylów żywienia u badanych osób zastosowano kwestionariusz „Moje Zwyczaje Żywieniowe”.

**Wyniki.** U chorych na anoreksję istotnie częściej stwierdzono restrykcje dietetyczne w porównaniu z dziewczętami zdrowymi. Ponadto u chorych na anoreksję jedzenie było źródłem emocji negatywnych, a u osób zdrowych — emocji pozytywnych. Zwyczaje żywieniowe matek dziewcząt chorych i zdrowych różnią się w zakresie tendencji do nawykowego przejadania się u matek dziewcząt zdrowych.

**słowa kluczowe:** anoreksja, zwyczaje żywieniowe, restrykcje dietetyczne, badania rodzinne, ocena psychologiczna

## PIŚMIENICTWO

1. Namysłowska I. Zaburzenia odżywiania — jadłowstręt psychiczny i bulimia. *Przew. Lek.* 2000; 6: 88–91.
2. Hoek H.W., van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2003; 34: 383–396.
3. Makino M., Tsuboi K., Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Med. Gen. Med.* 2004; 6 (3): 49.
4. Lee H.Y., Lee E.L., Pathy P., Chan Y.H. Anorexia nervosa in Singapore: an eight-year retrospective study. *Singapore Med. J.* 2005; 46 (6): 275–281.
5. Lee S. Anorexia Nervosa in Hong Kong: a Chinese perspective. *Psychol. Med.* 1991; 21: 703–711.
6. Ogińska-Bulik N. Psychospołeczne przyczyny zaburzeń w odżywianiu się. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi* 2000; 6 (11): 15–25.
7. Tsai G. Eating disorders in the Far East. *Eat. Weight Disord.* 2000; 5: 189–197.
8. Wang M.C., Ho T.F., Anderson J.N., Sabry Z.I. Preference for thinness in Singapore — a newly industrialized society. *Singapore Med. J.* 1999; 40: 502–507.
9. Njenga F.G., Kangethe R.N. Anorexia nervosa in Kenya. *East Afr. Med. J.* 2004; 81 (4): 188–193.
10. Namysłowska I. Gdy ciało choruje dusza. *Charaktery* 1997; 10: 12–17.
11. Abraham S., Llewellyn-Jones D. Anoreksja. Bulimia. Otyłość. PWN, Warszawa 1995.
12. Apfeldorfer G. Anoreksja, bulimia, otyłość. Książnica, Katowice 1999.
13. Fairburn Ch.G., Harrison P.J. Eating disorders. *Lancet* 2003; 361: (9355): 407–416.
14. Ogińska-Bulik N., Putyński L. Kwestionariusz „Moje zwyczaje żywieniowe” — konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Acta Universitatis Lodzianis Folia Psychologica* 2000; 4: 25–30.
15. Jablow M.M. Na bakier z jedzeniem. Anoreksja. Bulimia. Otyłość. GWP, Gdańsk 1993.
16. Jablow M.M. Anoreksja, bulimia, otyłość. Poradnik dla rodziców. GWP, Gdańsk 2000.
17. Namysłowska I., Paszkiewicz E., Siewierska A. Gdy odchudzanie jest chorobą. Anoreksja i Bulimia. Intra, Warszawa 2000.
18. Wolska M. Anoreksja psychiczna w okresie dorastania: czynniki sprzyjające powstaniu choroby, jej przebieg i leczenie — opis przypadku. *Psychoterapia* 1999; 3 (110): 47–59.
19. Józefik B. (red.). Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Wydawnictwo UJ, Kraków 1999.
20. Putyński L. Rola struktury osobowości oraz uwarunkowań rodzinno-społecznych w etiopatogenezie jadłowstrętu psychicznego. Praca na stopień doktora nauk medycznych, Akademia Medyczna w Łodzi, 1996: 33–38, 73–81.
21. Józefik B. Modele rodzinne a anoreksja psychiczna. Część I. Funkcjonowanie rodziny pochodzenia pacjenta. *Psychiatria Polska* 1999; XXXIII, 6: 861–875.
22. Davis C., Blackmore E., Katzman D.K., Fox J. Female adolescents with anorexia nervosa and their parents: a case-control study of exercise attitudes and behaviours. *Psychol. Med.* 2005; 35 (3): 377–386.
23. Mangweth B., Hausmann A., Danzl C. i wsp. Childhood body-focused behaviors and social behaviors as risk factors of eating disorders. *Psychother. Psychosom.* 2005; 74 (4): 247–253.
24. Wallin U. Eating disorder and the family — a review. *Tidskr. Nor. Laegeforen.* 2004; 124 (17): 2251–2253.