



Historia badań nad jadłowstrętem psychicznym

Historical background of research into anorexia nervosa

CEZARY ŻECHOWSKI

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Cel.* Celem artykułu jest przedstawienie zmieniających się poglądów na jadłowstręt psychiczny ze szczególnym uwzględnieniem osiągnięć XX wieku. *Poglądy.* Jadłowstręt psychiczny jest zaburzeniem rozpowszechnionym w obszarze kultury Zachodu co najmniej od czasów starożytnych. Jednakże nie zawsze traktowany był jako zaburzenie psychiczne. Znaczący postęp w diagnostyce jadłowstrętu psychicznego dokonuje się od XVII w. Wiek XX przyniósł opracowanie szczegółowych kryteriów diagnostycznych oraz efektywnych metod terapii. *Wnioski.* Wraz z rozwojem wiedzy i metod terapii obserwuje się zmiany w sposobach rozumienia i leczenia zaburzeń odżywiania się. Zmiany te obejmują: oparcie leczenia o współpracę z pacjentem; większe rozumienie subiektywnych i obiektywnych problemów pacjenta; oddziaływanie multimodalne; pomoc całej rodzinie; większa obecność wiedzy o zaburzeniach odżywiania się w świadomości lekarzy ogólnych, pediatrów i psychiatrów.

SUMMARY. *Objective:* The aim of article is to present the changing views on anorexia nervosa, especially in 20th century. *Views:* Anorexia nervosa is a mental disorder widespread in the Western culture from ancient times at least. However, it has not always been regarded as a mental disorder. A considerable progress in the diagnosis of anorexia dates back to the 17th century. In the 20th century detailed diagnostic criteria and effective therapies were developed. *Conclusions:* The development of knowledge and treatment methods is associated with many changes in the understanding and treatment of anorexia nervosa. The changes pertain to: the importance of collaboration between patients, doctors and therapists; increased awareness of the patient's subjective and objective problems; multimodal interventions; helping the whole family; better understanding of eating disorders by general practitioners, paediatricians and psychiatrists.

Słowa kluczowe: historia / jadłowstręt psychiczny

Key words: history / anorexia nervosa

STAROŻYTNOŚĆ I ŚREDNIOWIECZE

Zarówno jadłowstręt psychiczny, jak i żarłoczność psychiczna występowały w obszarze kultury Zachodu od wieków. Znane są dokumenty poświadczające, że zaburzenia odżywiania się istniały w starożytności (Egipt, Grecja, Rzym) [1, 2]. Hipokrates, a później Galen na określenie anoreksji używali terminu *asitia* lub *inedia*, definiując ją jako choro-

bliwie powstrzymywanie się od pokarmów. Ostatecznie przez wiele wieków w tłumaczeniu objawów choroby dominowała koncepcja humoralna Galena i chociaż podkreślano emocjonalne warunki jadłowstrętu psychicznego, przyczyn upatrywano jednak w zjawiskach somatycznych, przede wszystkim w zaburzeniach funkcjonowania żołądka [2].

Jednakże nie zawsze jadłowstręt psychiczny uważany był za zaburzenie. Osoby

wychudzone i odmawiające przyjmowania pokarmów postrzegano jako obdarzone ponadnaturalnymi mocami, opętane przez demona, otoczone szczególną opieką bóstwa. Osoby te uważane były za cuda natury i jako „żywe szkielety” pokazywane publicznie w wielu europejskich miastach [2]. Tym samym niejednokrotnie podlegały eksploatacji, były wykorzystywane, mogły też wywierać znaczący wpływ na innych [3].

Z drugiej strony, historycy dowodzą, że na przestrzeni dziejów motywy podejmowania głodówek były bardzo różne oraz że część osób intensywnie głodujących, niezależnie od motywacji, była narażona na rozwinięcie objawów zaburzeń odżywiania. Motywy dobrowolnego podejmowania postów i głodówek mają ścisły związek z czynnikami kulturowymi i kumulują się niejako w czasie wraz z przemianami świadomości społecznej, religijnej, zmianami w postawie wobec ciała i potrzeb człowieka. Van Deeth i Vandereycken [2] analizując te motywy podkreślają udział czynników religijnych i kulturowych, takich jak: (1) wiara, że głodzenie się jest skutecznym lekarstwem na wiele chorób, (2) traktowanie głodzenia się jako kary za przekroczenie norm seksualnych, (3) rola głodzenia się i postów w praktykach religijnych – głodzenie się jako zjednoczenie z cierpiącym Chrystusem, ekspresja żalu za cierpienie Boga, droga do raju (np. Tertulian uważał, że bramy raju są wąskie i tylko osoby chude mogą przez nie przejść), ochrona przed siłami demonicznymi, (4) głodzenie się jako rytuał żałobny. Udział czynników religijnych w praktykowaniu postów zwłaszcza w okresie Średniowiecza i Baroku podkreślają też Lestrade, Olivier, Morton i Schmitt [4]. Jean Verdon [5] uważa, że szczególne nasilenie praktyk ascetycznych w okresie Średniowiecza dotyczy jego pierwszej połowy, słabnie natomiast w „jesieni Średniowiecza”, kiedy pojawia się wiele nowych reguł pozwalających omijać surowe zasady ascezy wczesnego okresu. Zmiana tych postaw niekoniecznie jednak musi oznaczać ograniczenia głodówek, ponieważ po-

dejmowane są one dla celów estetycznych, np. posiadania jasnej czy wręcz bladej cery, modnej w późnym Średniowieczu [5]. Niektórzy autorzy uważają, że wiele średniowiecznych świętych i mistyczek mogło chorować na anoreksję, jednakże kwestia ta jest nadal dyskutowana przez historyków medycyny. Niewątpliwie stwierdzenie, iż wszystkie osoby podejmujące głodówki cierpiały na zaburzenia odżywiania się nie ma uzasadnienia naukowego, dla większości była to zapewne świadoma decyzja wynikająca z przekonań religijnych [5].

BAROK, OŚWIECENIE, WIEK XIX

Historycy zajmujący się okresem Baroku podkreślają zaostrzenie praktyk ascetycznych w okresie potrydenckim – zarówno w kościele katolickim jak i w kościołach protestanckich – oraz wpływ tychże praktyk na świadomość społeczną. W opisie umysłowości okresu Baroku J. Delumeau [6] używa sformułowania „antropologia anielska”, na określenie pewnego rodzaju pedagogiki, której celem miało być upodobnienie człowieka do anioła. Służyło temu głoszenie takich idei jak konflikt świata i Wieczności (świat pojmowany jako domena Szatana), konflikt ciała i duszy, ekskomunika urody czy szerzenie makabrycznej ikonografii [6]. Jednocześnie w tym samym czasie wraz z rewolucją naukową i rozwojem medycyny pojawiają się coraz dokładniejsze medyczne opisy jadłowstrętu psychicznego. Wyrazem tego jest opis sporządzony w 1689 r. przez znanego angielskiego lekarza Richarda Mortona [7], który uznawany jest za jeden z pierwszych naukowych opisów anoreksji. Morton w dziele pt. *Phthisiologia, seu Exercitationes de Phthisi* przedstawił dwa przypadki tzw. „nerwowego odżywiania się” wywołanego „smutkiem i lękiem w opiece”. Jeden z opisanych przez Mortona przypadków dotyczył kobiety, drugi zaś mężczyzny [8].

Wiek XVIII i XIX przynoszą kolejne coraz dokładniejsze opisy przypadków i wzrost

wiedzy na temat zaburzeń odżywiania się, na co wpływ wywiera zmiana koncepcji człowieka dokonująca się w okresie Oświecenia [9]. W 1840 r. francuski lekarz Fleury Imbert wprowadza rozróżnienie anoreksji żołądkowej (*anorexie gastrique*) i anoreksji nerwowej (*anorexie nerveuse*), w zależności od przyczyny powstrzymywania się od pokarmów. W 1859 r. William Stout Chipley w Kentucky opisuje przypadki jadłowstrętu psychicznego jako „sitomanię”, zwaną później „sitofobią”, a w 1860 r. francuski lekarz Louis-Victor Marcé określa ją jako „delirium hipochondryczne”. Jednakże pełny opis, aktualny do dziś, pojawia się niezależnie w 1873 r. w dwóch ośrodkach – w Londynie i Paryżu. Sir William Witney Gull jest autorem terminu *anorexia nervosa*, natomiast francuski lekarz Ernest-Charles Lasègue użył terminu *anorexie hysterique*. Obaj lekarze uważani są za ojców współczesnej koncepcji jadłowstrętu psychicznego, obaj w swoich opisach uwzględniali takie objawy, jak: poważna utrata masy ciała, brak miesiączki, zaparcia, osłabienie, brak patologii organicznej [2].

ASPEKTY SPOŁECZNE I KULTUROWE

Pomimo wzrastającego zainteresowania lekarzy i powiększającej się wiedzy medycznej dotyczącej zaburzeń odżywiania się, przez cały wiek XVIII i XIX, a nawet w XX wieku trwają pokazy „żywych szkieletów”, „głodnych artystów”, dokonywane są egzorcyzmy nad osobami chorymi na jadłowstręt psychiczny (jeszcze w 1976 r. opisano w Bawarii przypadek śmierci pacjentki w trakcie egzorcyzmów z powodu znacznego stopnia wyniszczenia), nasila się fenomen tzw. „cudownych dziewcząt” [7]. Jednakże w początkach XX w. zjawiska te zaczynają stopniowo słabnąć i w sensie kulturowym stają się marginalne. Niektórzy autorzy [7, 10] zajmujący się historią zaburzeń odżywiania zwracają uwagę, że w sensie kulturowym

na przestrzeni wieków zaburzenia te istniały jako „spektakl” i zawsze uzyskiwały szeroki oddźwięk społeczny, towarzyszyła im atmosfera zainteresowania, niesamowitości, tajemniczości. Odpowiada temu współczesna postawa mediów, które żywo interesują się jadłowstrętem psychicznym i żarłocznością psychiczną, czasem nadmiernie eksploatując tę tematykę [10].

William Parry-Jones i Brenda Parry-Jones [1995] analizują społeczne konteksty zaburzeń odżywiania się w perspektywie kulturowej i historycznej. Autorzy ci zwracają uwagę na fakt, iż kiedyś, podobnie jak dzisiaj, jadłowstrętowi psychicznemu towarzyszyła postawa wywierania emocjonalnego wpływu na innych i manipulowania nimi. Dotyczyło to najbliższej rodziny, sąsiadów, a także szerszego społeczeństwa. W kontekście badań [10] cechy te wydają się stałe. Zmienne natomiast wydają się inne cechy – np. obecność zaburzeń obrazu ciała, których nie stwierdza się w opisach historycznych. Zdaniem autorów, zaburzenia obrazu ciała narastają dopiero po II wojnie światowej, w tym sensie są bardziej cechą kulturową, niż przynależą do samego obrazu choroby [3]. Inne zmienne cechy to wymiotowanie i ćwiczenia fizyczne jako sposób zmniejszenia masy ciała.

Nie wyjaśniono do końca, czy częstość zachorowań na jadłowstręt psychiczny zmieniła się w czasie, czy nie. Wielu badaczy [7] uważa, że były okresy nasilenia występowania anoreksji i okresy, kiedy nowych przypadków odnotowywano mniej. Jednym z pierwszych lekarzy, który przewidział wzrost zachorowalności na jadłowstręt psychiczny był John Alfred Ryle (1889–1950). Obserwował on nasilającą się od końca XIX w. modę na szczupłą sylwetkę oraz narastające problemy okresu dojrzewania [7]. Vandereycken i Van Death [1994] podają następujące przyczyny wzrostu zachorowań na zaburzenia odżywiania się w XX wieku:

– załamanie się „idealnego” modelu rodziny burżuazyjnej – dziecko zaczyna odgrywać centralną (zamiast peryferyjnej) rolę w rodzinie, zwiększa się odpowiedzialność

rodziców za wychowanie dziecka, a co za tym idzie za popełnienie ewentualnych błędów,

- znacznie wcześniejsze dojrzewanie (pierwsza miesiączka ok. 13 roku życia), niż w przypadku dzieci/młodzieży w XIX wieku,
- zmiana roli kobiety w społeczeństwie,
- większe znaczenie seksualności w życiu kobiet,
- traktowanie piękna jako wyzwania do chudnięcia.

WIEK XX

Historię badań nad jadłowstrętem psychicznym w XX w. opisują Silverman [1997] i Garfinkel [1999]. Wraz ze wzrostem zainteresowania zaburzeniami odżywiania się w końcu XIX w. następuje stopniowy postęp wiedzy medycznej. Postęp ten nie ma jednak charakteru liniowego i bardzo wyraźnie zaznaczają się okresy swoistego regresu diagnostycznego. Najważniejszy opisuje Garfinkel [1999] i wiąże się on z nazwiskiem niemieckiego patologa Morrisa Simmondsa, który w 1914 r. opisał kachekcję związaną z destrukcją przysadki mózgowej. Od tego czasu prawie do końca lat trzydziestych u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym rozpoznawano chorobę Simmondsa. Rewizja poglądów nastąpiła dopiero w końcu lat trzydziestych, w których niejako na powrót odkryto prace Gulla i Lasegue'a. Dokładne zasady diagnostyki różnicowej sformułowali m.in. Ryle, Richardson, Scheldon, Sheehan i Berkman [11].

Dodatkową wiedzę dotyczącą zaburzeń odżywiania się przynoszą tzw. badania z Minnesoty (*Minnesota studies*), prowadzone w latach czterdziestych, a opublikowane przez Ancela Keysa i wsp. w 1950 r. [11, 12]. Eksperyment przeprowadzony w *University of Minnesota* polegał na poddaniu się dobrowolnej głodówce przez 36 wolontariuszy. Uczestników eksperymentu wybrano spośród 100-osobowej grupy młodych mężczyzn, którym zaproponowano udział w badaniach

w zamian za nieodbywanie służby wojskowej. Do badań zakwalifikowano 36 zdrowych psychicznie i fizycznie uczestników. Eksperyment składał się z 3 faz – w pierwszej (3 miesiące) obserwowano uczestników pod kątem zdrowia fizycznego i psychicznego, w drugiej (6 miesięcy) uczestnicy otrzymywali stopniowo zmniejszane dawki pożywienia doprowadzające do znacznego stopnia wychudzenia organizmu, w trzeciej fazie (3 miesiące) uczestnicy ponownie powracali do właściwej diety i odbudowywali organizm. Efekty eksperymentu relacjonuje Garner, omawiając zmiany, jakie w wyniku głodzenia pojawiły się u uczestników eksperymentu. Zmiany te obejmowały następujące wymiary.

1. *Zmiany postaw i zachowań związanych z odżywianiem się.* U uczestników eksperymentu w trakcie głodzenia się zaobserwowano: dramatyczne nasilenie myślenia o jedzeniu, wzrost zainteresowania książkami kucharskimi i przepisami kulinarnymi, gromadzenie drobnych przedmiotów kuchennych oraz innych przedmiotów nie związanych z jedzeniem, wymyślanie niezwykłych potraw przez mieszanie ze sobą różnych pokarmów, nadmierne użycie soli i przypraw, nadmierne używanie kawy i herbaty, nadmierne żucie gumy, zaprzestanie zachowywania zasad przy stole (np. wylizywanie talerzy). Wiele z zaburzonych postaw wobec jedzenia utrzymywało się nadal po 3 miesiącach rehabilitacji i powrocie do właściwej masy ciała.
2. *Napady objadania się.* U uczestników eksperymentu zaobserwowano: nasilony głód, u części z nich wystąpiły napady objadania się z utratą kontroli nad ilością spożywanych pokarmów, po napadach objadania pojawiło się prowokowanie wymiotów i nudności. U większości z mężczyzn zaburzenia te ustąpiły po 8 miesiącach rehabilitacji, u kilku jednak utrzymywały się nadal.
3. *Zaburzenia emocjonalne i zmiany dotyczące osobowości.* U większości mężczyzn obserwowano znaczne zaburzenia emo-

cyjonalne, a u ok. 20% zaburzenia te określono jako ekstremalne. Były to: depresja, wahania nastroju, skłonność do irytacji, gniew, lęk, zdenerwowanie, apatia, zaniedbywanie higieny osobistej. U 2 osób wystąpiły objawy psychozy z koniecznością hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym. Zaburzenia depresyjne występowały w fazie rehabilitacji, a w niektórych przypadkach nawet nasilały się.

4. *Zmiany w funkcjonowaniu społecznym i seksualnym.* Obserwowano izolowanie się, utratę humoru, ograniczenie kontaktów społecznych, ograniczenie spotkań z kobietami, spadek zainteresowań i aktywności seksualnej (co niektórzy mężczyźni przyjmowali z ulgą jako środek uwalniający ich od napięć i frustracji seksualnych).
5. *Zmiany poznawcze* – były zgłaszane przez uczestników badań, nie zostały potwierdzone w testach psychologicznych.
6. *Zmiany somatyczne* – obserwowano liczne zmiany o charakterze somatycznym, a w fazie rehabilitacji pojawienie się lęku przed przytyciem, poczucie „bycia grubym”, nadmierną koncentrację na wyglądzie brzucha i pośladek.
7. *Zmiany aktywności fizycznej* – ogólny spadek aktywności fizycznej. Jednakże u kilku mężczyzn zaobserwowano nadmierne ćwiczenia fizyczne celem schudnięcia (w fazie rehabilitacji).

Badania Keysa i wsp. [1950] rzuciły nowe światło na symptomatologię zaburzeń odżywiania się. W wyniku eksperymentu okazało się, iż wiele objawów zarówno jadłowstrętu psychicznego, jak i żarłoczności psychicznej, może mieć charakter wtórny wobec samogłodzenia, a nie jak wcześniej sądzono – pierwotny [12].

Lata sześćdziesiąte przynoszą nowe podejście do jadłowstrętu psychicznego. Ukazała się monografia Hildy Bruch dokonująca rewizji dotychczasowych poglądów psychoanalitycznych dotyczących zaburzeń odżywiania się. Autorka sugerowała w niej, iż jadłowstręt psychiczny jest zaburzeniem

związanym z deficytami ego, a głównym problemem psychologicznym jest zaburzona samoregulacja, poczucie bezradności, co odzwierciedla się w zaburzeniach obrazu ciała, zaburzeniu rozpoznawania własnych stanów emocjonalnych i doznań interoceptywnych oraz w poczuciu nieefektywności [11]. Prace Bruch, choć przyczyniły się do lepszego rozumienia pacjentów, nie miały większego wpływu na bezpośrednią pomoc osobom wyniszczonym w powrocie do normalizacji masy ciała. Jak pisze Garfinkel [11] w latach sześćdziesiątych leczenie wspierało się na dwóch nieefektywnych modelach terapii – długoterminowej psychoanalizie oraz potencjalnie niebezpiecznych i obciążających chorego interwencjach medycznych (np. terapią chlorpromazyną i insuliną, a w latach pięćdziesiątych lobotomia czołowa).

Na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych Arthur Crisp w USA oraz Gerald Russell w Wielkiej Brytanii zaproponowali nowy, bardziej efektywny model leczenia polegający na hospitalizacji wyniszczonych pacjentów z koniecznością pozostawania w łóżku, stopniowym zwiększaniem aktywności fizycznej w zależności od wzrostu masy ciała, przy intensywnej opiece pielęgniarskiej i diecie bogato kalorycznej [11]. Model leczenia zaproponowany przez Crispa i Russella przetrwał do dnia dzisiejszego doczekując się licznych modyfikacji i opracowania tzw. programów behawioralnych leczenia anoreksji, gdzie za każdy kilogram wzrostu masy ciała pacjentka otrzymuje utraczone wcześniej przywileje (np. wychodzenie z łóżka, telefonowanie do domu itp.). System ten doczekał się jednak także wielu krytyk i dziś zalecany jest w tzw. formie łagodnej, bez konieczności ograniczeń tych aspektów życia pacjentek, które nie mają bezpośrednio powiązania z chorobą (APA).

Lata siedemdziesiąte i osiemdziesiąte przyniosły wzrost zainteresowania zaburzeniami odżywiania, pojawiły się nowe prace dotyczące leczenia pacjentów, nowe strategie terapeutyczne (terapia rodzin, terapia behawioralno-poznawcza). Rozpoczęto szerokie

badania epidemiologiczne oraz zaproponowano podział jadłowstrętu psychicznego na subkategorie. W 1979 r. Gerald Russell sformułował kryteria rozpoznawania bulimii, wydzielając ją jako osobną jednostkę zaburzeń odżywiania się.

LATA DZIEWIĘDZIESIĄTE

Lata dziewięćdziesiąte przyniosły dalszy postęp w dziedzinie nauki o zaburzeniach odżywiania – pojawiły się prace z zakresu genetyki jadłowstrętu psychicznego, biochemii (w tym roli serotoniny i leptyny w neurofizjologii anoreksji), badania nad współwystępowaniem innych chorób i zaburzeń psychicznych. W dziedzinie terapii, poza rozwojem dotychczasowych metod (terapia rodzinna i indywidualna), coraz więcej miejsca zaczęto poświęcać terapii zaburzeń obrazu ciała oraz takim formom psychoterapii jak terapia behawioralno-poznawcza, terapia ukierunkowanych wyobrażeń (*guided-imaginery therapy*), czy terapia analityczno-poznawcza. Liczne prace przyniosły ocenę efektywności poszczególnych rodzajów oddziaływań terapeutycznych. Pojawiły się nowe wyzwania dotyczące aspektów prawnych i etycznych leczenia zaburzeń odżywiania się, a nowe światło w zakresie aspektów kulturowych rzuciły opracowania feministyczne. Coraz większą rolę zaczęły też odgrywać stowarzyszenia pacjentów i ich rodzin. Niektóre kraje, np. Szwecja, wprowadziły problem jadłowstrętu psychicznego do grupy priorytetów w zakresie oddziaływań medycznych (tzw. 3A – AIDS, alkoholizm, anoreksja). Rozpoczęto przygotowywanie i ewaluację programów profilaktycznych (m.in. Wielka Brytania, Włochy, Kanada).

Znaczne zmiany dokonały się też w podejściu zespołów terapeutycznych do zagadnienia leczenia zaburzeń odżywiania się. Wraz z rozwojem wiedzy i metod terapii obserwuje się zmiany w sposobach rozumienia i leczenia zaburzeń odżywiania się:

- 1) przejście od bardziej represywnych form leczenia do form opartych o współpracę,
- 2) zmiana stosunku personelu leczącego do pacjentów z jadłowstrętem psychicznym – od wrogości i poirytowania do rozumienia,
- 3) przejście od dwóch krańcowo odmiennych modeli leczenia – ściśle medycznego i psychoanalitycznego, do modelu gdzie istnieje miejsce dla wielu form terapii,
- 4) przejście od leczenia pacjenta do pomocy całej rodzinie,
- 5) coraz większa obecność wiedzy o zaburzeniach odżywiania się w świadomości lekarzy ogólnych, pediatrów i psychiatrów.

Zmiany te wraz ze wzrastającą ofertą leczenia doprowadziły do obniżenia się śmiertelności w jadłowstręcie psychicznym o ok. 50% [11]. Jednocześnie nauka o zaburzeniach odżywiania stała się jedną z najintensywniej rozwijających się dziedzin w psychiatrii.

PIŚMIENNICTWO

1. Nasser M. Are eating disorders becoming global phenomenon? 5th Meeting of European Council on Eating Disorders. Padua, Italy, 25 September 1997.
2. Van Death R, Vandereycken W. Eating Disorders. W: Berrios G, Potter R, red. A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders. London: The Athlone Press; 1995: 593–611.
3. Parry-Jones W, Parry-Jones B. Implications of Historical Evidence for the Classification of Eating Disorders. Br J Psychiatry 1994; 165: 287–92.
4. Lestrade C, Olivier F, Morton P, Schmitt L. Conduites anorexiques et religion chretienne. Ann Med-Psychol 1997; 155 (4): 278–82.
5. Verdon J. Przyjemności Średniowiecza. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen; 1998.
6. Delumeau J. Grzech i strach. Poczucie winy w kulturze Zachodu XIII–XVIII w. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen; 1994.

7. Vandereycken W, Van Death R. From Fasting Saints to Anorexic Girls. The History of Self-Starvation. London: The Athlone Press; 1994.
8. Silverman JA. Anorexia Nervosa in the Male: Early Historic Cases. W: Andersen AE, red. Males with Eating Disorders. New York: Brunner/Mazel; 1990: 3–8.
9. van't Hof. Lisse S. Anorexia Nervosa: The Historical and Cultural Specificity: Fallacious Theories and Tenacious Facts. The Netherlands: Swets and Zietlinger; 1994.
10. Parry-Jones B, Parry-Jones W. History of Bulimia and Bulimia Nervosa. W: Brownell KD, Fairburn CG, red. Eating Disorders and Obesity. London, New York: The Guilford Press; 1995: 145–50.
11. Garfinkel PE. Eating Disorders. W: Freeman H, red. A Century of Psychiatry. Vol. 2. London: Harcourt Publishers Ltd; 1999: 327–31.
12. Garner D, Garfinkel PE. Handbook of Treatment of Eating Disorders. New York, London: Guilford Press; 1997.

*Adres: Dr Cezary Żechowski, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Instytutu Psychiatrii i Neurologii,*

ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel. (22) 3213331, 3213490, e-mail: cezech@poczta.onet.pl