

## Zaburzenia odżywiania się - rys historyczny, klasyfikacja i obraz kliniczny<sup>1</sup>

*Eating disorders - historical perspective, classification and clinical pattern*

KATARZYNA WŁODARCZYK-BISAGA

*Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie*

**STRESZCZENIE** Przedstawiono wybrane zagadnienia dotyczące zaburzeń odżywiania się: ich rys historyczny, klasyfikację oraz obraz kliniczny. Uwzględniono występowanie zaburzeń odżywiania się u mężczyzn.

**SUMMARY.** Some issues concerning eating disorders are presented: their historical perspective, classification and clinical pattern. Eating disorders in males are also discussed.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia odżywiania się / kryteria / obraz kliniczny

**Key words:** eating disorders / criteria / clinical pattern

### RYS HISTORYCZNY

Zjawisko dobrowolnego głodzenia się czyli odmowę przyjmowania pokarmu bez towarzyszącej jej choroby, która tłumaczyłaby zanik łaknienia, opisywano już w średniowieczu. Znanie z tamtego okresu "cudowne panienki" oraz głodzące święte (van Deth i Vandereycken, 1992) latami wstrzymywały się od jedzenia i zgodnie z panującym wtedy ideałem ascezy pokonywały potrzeby ciała siłą woli. Zdiscyplinowanie i dążenie do doskonałości poprzez zaprzeczanie potrzebom ciała stanowiły prawdopodobnie wyraz ówczesnych norm moralnych i kulturowych, kształtowanych przez teocentryczny system wartości. Podziw, jaki kobiety te budziły wśród im współczesnym sprawił, że opowieści o nich przetrwały w formie legend aż do współczesności jak np. tysięcletnia legenda o "brodatej świętej Wilgefortis" (Lacey, 1982).

Pierwszym, który w 1694 roku podał klasyczne objawy *anorexia nervosa* występujące ty-

powo u młodej kobiety, był angielski lekarz Morton (1694). Opisując, jak sądził, odmianę gruźlicy bez gorączki i duszności, którą charakteryzowała utrata apetytu, zanik miesiączki, zaparcia, nadmierna aktywność, wyniszczenie i brak troski o stan zdrowia, Morton użył nazwy "zanik nerwowy". Długotrwałe głodzenie się było przedmiotem również innych doniesień. W Stanach Zjednoczonych Chipley (1859) opublikował pracę na temat "*sitomanii*" tj. ogromnego lęku przed jedzeniem. Sitomania nie została jednak sklasyfikowana jako choroba psychiczna. Niektóre aspekty doniesienia Chipleya wydają się zawierać dobrze znane elementy współczesnego obrazu psychopatologicznego jadłowstrętu - wyniszczona nastolatka, która pochodzi z rodziny o wysokim statusie społecznym, odkrywając, iż posiada szczególną władzę nad rodzicami i przyjaciółmi poprzez swoje głodzenie się.

Być może też klinicznym analogiem jadłowstrętu była opisywana od XVI do XIX wieku "*chlorosis*" - choroba niezwykle często

<sup>1</sup> Opracowanie to jest fragmentem rozprawy doktorskiej na temat: "Zaburzone postawy i zachowania wobec odżywiania się wśród uczniów szkół średnich, studentek i robotnic".

występująca u młodych kobiet, którą wraz z rozwojem hematologii w wieku XIX uznano za anemię z niedoboru żelaza (Loudon, 1980). Objawami choroby były min. utrata apetytu, zanik miesiączki, nudności i wymioty, napady żarłoczności i pica, lęk przed otyłością, charakterystyczny zielony odcień skóry oraz spadek wagi prowadzący czasem do śmierci. Chlorosis uznawano za chorobę ludzi zamożnych, spowodowaną niezaspokojeniem popędu seksualnego, a leczniczy wpływ przypisywano aktywności seksualnej i ciąży. Rozwój przemysłu spowodował zmianę podejścia do chlorosis, którą zaczęto postrzegać jako chorobę klas niższych, związaną z niewłaściwym odżywianiem się, brakiem świeżego powietrza i światła słonecznego. Można przypuszczać, że współcześnie znana nam anorexia nervosa na przestrzeni ostatnich kilku stuleci miała różne odpowiedniki kliniczne zależnie od zmieniającego się kontekstu historyczno-kulturowego (Di Nicola, 1990).

Współczesna jednostka chorobowa pod właściwą nazwą jadłowstrętu psychicznego pojawiła się, gdy nieomal równolegle dwaj lekarze - Laseque we Francji (1873) oraz Gull w Anglii (1874) - ponownie przedstawili obraz charakterystycznych objawów klinicznych anorexia nervosa i przyczynili się do uznania jej za chorobę psychiczną. Laseque spostrzegł komponentę historyczną w etiologii jadłowstrętu (nazwał chorobę *apepsia hysterica*) oraz wskazał na istotną rolę rodziny w podtrzymywaniu mechanizmów chorobowych.

Ogromną zmianę w podejściu do etiologii i do leczenia anorexi zapoczątkowało opisanie przez Simmondsa w 1914 roku wyniszczenia pochodzenia przysadkowego. Przyczynę gwałtownego spadku wagi, który występuje w jadłowstręcie przez następne lata upatrywano w pierwotnej niewydolności przysadki. W tym okresie przypadki wyniszczenia występującego u dziewcząt w okresie dojrzewania traktowano jako pierwotną niewydolność przysadki i leczenie obejmowało jedynie substytucję

hormonalną. Dopiero prace innego znanego endokrynologa Sheehana, który w 1937 roku odkrył, iż poporodowa martwica przysadki nie prowadzi do ubytku wagi, zmieniły fałszywe przekonanie o tym, że niewydolność przysadki zawsze powoduje ubytek wagi (Di Nicola, 1990).

Także rozwój psychoanalizy przyczynił się do zmiany poglądów na temat przyczyn powstawania jadłowstrętu psychicznego. Ponowne odkrycie jadłowstrętu jako choroby psychicznej zapoczątkowało liczne badania nad wpływem czynników psychologicznych i społeczno-kulturowych na powstawanie choroby. W okresie tym pojawiły się pionierskie badania min. Selvini Palazzoli nad czynnikami psychologicznymi i rodzinnymi (Selvini Palazzoli i Viaro, 1988), Bruch na temat psychodynamicznych koncepcji choroby (1966), Minuchina na temat funkcjonowania rodziny (Minuchin i wsp., 1978), Garnera i Garfinkela na temat etiologii (1980) i roli czynników społeczno-kulturowych (Garner i wsp., 1980), Russella nad zagadnieniami somatycznych powikłań (1977) i Crispa o wpływie okresu dojrzewania (1980). Ostatnie dekady to okres, w którym zaburzenia odżywiania się stały się najbardziej popularną chorobą psychiczną - co miesiąc na temat zaburzeń odżywiania się ukazuje się około 100 publikacji (Lask i Bryant-Waugh, 1992).

*Bulimia nervosa* jest chorobą opisaną stosunkowo niedawno (Russell, 1979). Russell postulował, że bulimia nervosa stanowi "złowieszczy wariant" jadłowstrętu psychicznego. Zespół objawów ujęty po raz pierwszy przez Russella w kliniczną całość odrębną od jadłowstrętu psychicznego był w poprzedzającym okresie określany przez Bruch (1966) mianem choroby *thin/fat people* lub też *bulimarexi*, o której pisała Boskind-Lodahl (1976). Objawy bulimiczne w tym okresie opisywano jako towarzyszące jadłowstrętowi psychicznemu, cukrzycy i malarii. Istnieją doniesienia o tym, że już Galen spotykał się z przypadkami wilczego głodu. Podobnie bulimię opisywano w XIX wieku we Francji jako towarzyszącą

cukrzycy. Jackson i wsp. (1990) uważają, że opublikowany w 1944 roku opis przypadku Ellen West jest pierwszym pełnym opisem psychopatologicznym bulimii. Bulimia w języku polskim oznacza wilczy głód (Szymczak, 1978).

## KLASYFIKACJA

### Jadłowstręt psychiczny

Współczesne kryteria diagnostyczne dla jadłowstrętu psychicznego zmieniały się na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat. Jako pierwsze chciałabym przedstawić (tabela 1) objawy jadłowstrętu, które Bruch (1966) uznała za charakterystyczne dla tej choroby. Prace Bruch wniosły ogromny wkład do zrozumienia psychopatologii i etiologii tej choroby.

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne wg Bruch

1. Znaczna utrata wagi
2. Zaburzony obraz ciała, który został określony jako urojeniowy
3. Zaburzona interpretacja bodźców cielesnych na poziomie procesów poznawczych, w tym niezdolność do rozpoznania uczucia głodu
4. Nadmierna aktywność oraz zaprzeczanie zmęczeniu
5. Paraliżujące poczucie nieudolności (nieefektywności)
6. Rodzina, w której:
  - a. nie zachęca się ani nie wzmacnia wyrażania własnego zdania, uczuć oraz potrzeb
  - b. matka jest osobą nierealizującą się zawodowo, podporządkowaną mężowi, i nadopiekuńczą
  - c. ojciec oczekuje od dzieci właściwego zachowania i wymiernych osiągnięć

Przez wiele lat dla celów badawczych i klinicznych obowiązywały kryteria diagnostyczne zaproponowane przez Feighnera i wsp., (1976) (tabela 2).

Tabela 2. Kryteria diagnostyczne wg Feighnera

1. Początek choroby przed 25 r.ż.
2. Spadek wagi ciała o co najmniej 25% w stosunku do wagi wyjściowej
3. Zaburzone postawy wobec odżywiania się, pokarmów i wagi ciała tj.
  - a) pokonywanie uczucia głodu
  - b) nie reagowanie na perswazje, groźby i naciski otoczenia
  - c) negacja choroby i nie rozpoznawanie potrzeb pokarmowych
  - d) satysfakcja z chudnięcia i otwartemanifestowanie, że odmowa przyjmowania pokarmów jest przyjemnością
  - e) zniekształcony obraz własnego ciała oraz pragnienie skrajnie szczupłej sylwetki (wyniszczonej), która jest postrzegana jako dająca zadowolenie
  - f) niezwykle postępowanie z jedzeniem (np. gromadzenie go)
4. Brak choroby organicznej uzasadniającej obniżone łaknienie lub spadek wagi ciała
5. Brak innej choroby psychicznej tj. choroby afektywnej, schizofrenii, nerwicy natręctw lub lękowej
6. Obecność co najmniej 2 z następujących objawów:
  - a) amenorrhea
  - b) lanugo
  - c) bradykardia
  - d) okresy wzmożonej aktywności
  - e) okresy żarłoczności
  - f) powokowanie wymiotów

Doświadczenia kliniczne oraz rezultaty badawcze dowiodły, że kryteria zaproponowane przez Feighnera były zbyt wąskie (Shaw i Garfinkel, 1990). Obecnie obowiązujące zarówno dla celów diagnostycznych, jak i badawczych są kryteria diagnostyczne wg DSM-III R (American Psychiatric Association, 1987) (tabela 3).

Tabela 3. Kryteria diagnostyczne wg. DSM-III R

- A. Odmowa zachowania wagi ciała nieco powyżej normy dla wieku i wzrostu - spadek wiodący do

- poziomu wagi ciała poniżej 15% wagi oczekiwanej lub brak oczekiwanego zwiększenia wagi ciała w okresie wzrostu, czego rezultatem jest spadek poniżej 15% normy
- B. Nasilony lęk przed zwiększeniem wagi lub otyłością mimo rzeczywistej niedowagi
- C. Zaburzony sposób w jaki waga ciała, jego kształty i wymiary są przeżywane: osoba chora na jadłowstręt psychiczny czuje się zbyt gruba lub jest przekonana, że jakaś część jej ciała jest zbyt gruba nawet wówczas, gdy jest skrajnie wychudzona.
- D. U kobiet: nieregularność co najmniej trzech kolejnych krwawień miesięcznych, które powinny być się pojawić (brak innych przyczyn amenorrhea)

Przedstawiając kryteria diagnostyczne chciałabym zwrócić uwagę na określenie jadłowstręt psychiczny. Nazwa ta wskazuje, że choroba wiąże się z utratą apetytu na tle zmian psychicznych. Znamy wiele chorób (somatycznych i psychicznych), w których utracie apetytu towarzyszy zanik zainteresowań dotyczących jedzenia. Pacjentki z jadłowstrętem, mimo utraty apetytu (obserwowanej na poziomie zachowania), są jednak zainteresowane jedzeniem i to bardziej niż osoby o prawidłowym łaknieniu, w nadmiarze też poświęcają swoją uwagę i czas sprawom jedzenia. Właściwie całe ich życie emocjonalne i funkcjonowanie poznawcze koncentruje się wokół jedzenia. Istota choroby polega więc nie tak jak to wskazuje jej nazwa na braku apetytu, lecz na niezwykle kontrolowaniu apetytu. Do utraty apetytu dochodzi dopiero w znacznie zaawansowanym stadium głodzenia się (Garfinkel i Garner, 1982).

### Bulimia nervosa

Jak wspomniano wcześniej bulimia nervosa jako odrębna jednostka chorobowa została uznana dopiero w 1979 roku przez Russella. Russell zaproponował wówczas własne kryteria diagnostyczne (tabela 4).

Tabela 4. Kryteria diagnostyczne wg Russella

1. Obecność zaburzenia odżywiania się, które polega na nadmiernym koncentrowaniu uwagi na jedzeniu, co prowadzi do występujących okresowo napadów żarłoczności.
2. Osoba chora przeciwdziała "tuczącym" skutkom jedzenia poprzez prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających, okresowe głodzenie się lub w inny sposób.
3. Istotną cechą obrazu klinicznego jest chorobliwy lęk przed nadwagą. Osoba chora narzuca sobie określoną wagę - wagę idealną - poniżej jej wagi optymalnej czy "normalnej".

Obowiązujące obecnie dla celów klinicznych i badawczych są kryteria wg DSM-III R (American Psychiatric Association, 1987) (tabela 5).

Tabela 5. Kryteria wg DSM-III R.

- A. Nawracające epizody żarłoczności (szybkie spożycie ogromnej ilości jedzenia naraz w określonym czasie)
- B. Poczucie braku kontroli nad jedzeniem w trakcie takich napadów
- C. Regularne prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających, ścisłej diety lub głodówki, intensywnych ćwiczeń fizycznych, których celem jest zapobieganie wzrostowi wagi
- D. Obecność przeciętnie dwóch epizodów żarłoczności w ciągu tygodnia przez ostatnie 3 miesiące
- E. Trwale występujący nadmierny niepokój dotyczący kształtów i wagi ciała

Rozpatrując kryteria diagnostyczne dla wymienionych powyżej dwóch jednostek chorobowych należy zwrócić uwagę, iż wśród chorych na jadłowstręt psychiczny spotykamy dwie grupy, które różnią się obecnością lub brakiem objawów bulimicznych przy zachowaniu wszystkich innych objawów charakterystycznych dla jadłowstrętu psychicznego. Różnice te mają zostać uwzględnione w na-

stępną klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego tj. DSM-IV. Można zatem wyodrębnić grupę osób chorych na jadłowstręt psychiczny, które miewają napady żarłoczości, prowokują wymioty, stosują

środki przeczyszczające lub diuretyki. Diagnozę różnicową między dwiema postaciami jadłowstrętu psychicznego a bulimią nervosą wg Hsu (1986) przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. *Diagnoza różnicowa między dwiema postaciami jadłowstrętu psychicznego a bulimią nervosą*

Kryterium	ANOREXIA NERVOSA		BULIMIA NERVOSA
	podgrupa restrykcyjna	podgrupa bulimiczna	
Spadek wagi	znaczny	znaczny	zwykle obecny
Waga	bardzo niska	bardzo niska	w normie
Amenorrhea	obecna	obecna	zmienna*
Bulimia	brak	obecna	obecna
Wymioty / laxativa	brak	obecne	zwykle obecne
Lęk przed nadwagą	obecny	obecny	obecny

\* - W bulimii zaburzenia miesiączkowania występują najczęściej pod postacią nieregularnych miesiączek, a nie jako amenorrhea

### Inne postacie zaburzeń odżywiania się

Inną postacią zaburzeń odżywiania się w systemie klasyfikacji DSM-III R jest tzw. *atypowa postać zaburzeń odżywiania się nie wyszczególniona w inny sposób* (ang. *eating disorder not otherwise specified*) (American Psychiatric Association, 1987) Jest to taka odmiana zaburzeń odżywiania się, która nie spełnia kryteriów specyficznej postaci zaburzeń odżywiania się i którą możemy rozpoznać na przykład u:

- A. osoby o normalnej wadze, która nie miewa napadów żarłoczości, ale często prowokuje wymioty z powodu lęku przed nadwagą
- B. osoby płci żeńskiej ze wszystkimi cechami psychopatologicznymi i objawami somatycznymi jadłowstrętu psychicznego z wyjątkiem zaniku miesiączki
- C. osoby, u której są obecne wszystkie objawy bulimii nervosą poza spełnieniem kryterium częstotliwości napadów żarłoczości

Zgodnie z klasyfikacją DSM-III R zaburzenia odżywiania się poza jadłowstrętem psychicznym, bulimią nervosą oraz tzw. atypową postacią zaburzeń odżywiania się, obejmują też dwie rzadko występujące jednostki chorobowe: pica i rumination disorder.

*Pica* związana jest z powtarzaniem zjadaniem substancji uznawanych za niespożywcze przez dzieci w wieku 12-24 miesięcy. Opisano samoistne ustępowanie tego zaburzenia. *Pica* można rozpoznać u dziecka, u którego zjadaniu substancji niespożywczych nie towarzyszy autyzm, schizofrenia czy z. Klein-Levina (hiperfagia, hypersomnia, hiperseksualizm).

*Patologiczne przeżuwanie* (ang. *rumination disorder*) związane jest ze zwracaniem pokarmu do jamy ustnej po uprzednim jego połknięciu, gdzie pokarm jest ponownie przeżuwany. Zaburzenie to wystąpić może między 3 a 12 miesiącem życia. Po okresie normalnego rozwoju następuje spadek wagi lub zahamowanie tempa przybierania na wadze. Po jedze-

niu dziecko wygina i odchyła głowę, mlaszcze i cmoka, sprawiając wrażenie, że czerpie satysfakcję z wykonywanych czynności.

### Hipoteza kontinuum

Doświadczenie kliniczne i wyniki badań wydają się wskazywać, że jadłowstręt psychiczny i bulimia nervosa nie stanowią zjawisk, których natura podlega zasadzie wszystko albo nic. W ostatnich latach zwrócono uwagę na występowanie subklinicznych lub tzw. częściowych postaci tych jednostek chorobowych. Rodzaj definicji danej jednostki chorobowej zwykle decyduje o kryteriach diagnostycznych a koncepcje danej choroby mogą zmienić się wraz z postępem wiedzy. Scadding (1963) wyróżnił cztery poziomy diagnostyczne: poziom kliniczno-opisowy, anatomopatologiczny, zaburzeń funkcjonalnych (patofizjologiczny) oraz etiologiczny. Zgodnie z terminologią zaproponowaną przez Scaddinga wydaje się, że zaburzenia odżywiania się podobnie jak i inne choroby psychiczne, rozpatrywane na poziomie kliniczno-opisowym pozostają konstruktami niejednorodnymi w swojej naturze, zwykle o wieloczynnikowej etiologii. Mimo poszukiwań modelu etiologicznego, który zawierałby implikacje dla interwencji terapeutycznych, model kliniczno-opisowy choroby nie traci na znaczeniu. Możliwe do odtworzenia, pogrupowane objawy chorobowe mogą być uznane za zespoły psychopatologiczne użyteczne dla celów badawczych. Wiele chorób charakteryzuje się cechami, których rozmieszczenie w populacji ma charakter ciągły. W świetle takiego poglądu tradycyjna koncepcja i definicja choroby (jako jakościowo różnej od zdrowia czy normalności) staje się arbitralna. Można zatem uznać, że pytanie dotyczące występowania choroby ma charakter ilościowy a nie jakościowy, jako że pytamy o stopień nasilenia cechy a nie o jej obecność lub brak.

Nylander (1971) postawił hipotezę, że zaburzenia odżywiania się istnieją w obrębie pewnego kontinuum. W świetle tej hipotezy *kliniczne postacie zaburzeń odżywiania się sta-*

nowią jedynie biegun ciągłego spektrum zachowań i postaw wobec odżywiania się, które jest charakterystyczne dla danej populacji. Należy przypuszczać, że obraz kliniczny i historia naturalna zaburzeń odżywiania się w populacji klinicznej i w populacji reprezentatywnej mogą znacznie się różnić. Charakter zależności, jaka występuje pomiędzy pełnoobjawowym jadłowstrętem psychicznym i jego łagodniejszymi postaciami a bulimia nervosa nie jest w pełni znany. Dla wymienionych postaci zaburzeń odżywiania się charakterystyczne są nadmierna troska o wagę ciała, zaburzony stosunek do odżywiania się oraz nierealistyczne pragnienie mniejszej wagi ciała.

*W zespole subklinicznym* w przeciwieństwie do jadłowstrętu psychicznego nie obserwuje się znacznego spadku wagi ciała ani zaniku miesiączki. Dla subklinicznej postaci bulimia nervosa charakterystyczne są napady żarłoczności oraz przeczyszczanie się lub wymioty, które występują u osób o normalnej lub nieznacznie nadmiernej wadze ciała ale nie osiągają takiego natężenia jak w pełnoobjawowym zespole. Hipoteza kontinuum łączy łagodniejsze postacie zaburzeń odżywiania się z jadłowstrętem psychicznym i bulimia nervosa, postulując, iż istnieje pewien stan przejściowy od niezróżnicowanych postaci choroby po rozpoznawane zespoły kliniczne. Zaburzone postawy wobec odżywiania się jako osiowy objaw wszystkich postaci zaburzeń odżywiania się stanowią być może wczesne stadium choroby. Button i Whitehouse (1981) po raz pierwszy zwrócili uwagę na występowanie subklinicznej formy zaburzeń odżywiania. W badanej przez nich populacji studentek dużą grupę stanowiły dziewczęta, które odchudzając się wykazywały wiele zachowań i postaw jakie są charakterystyczne dla jadłowstrętu psychicznego. Obraz psychopatologiczny jaki prezentowały nie był wystarczająco pełny do postawienia diagnozy klinicznej. Kategoria subklinicznego zespołu zaburzeń odżywiania się została przyjęta z dużym zainteresowaniem i jest obecnie powszechnie używana dla celów badawczych

(Szmukler, 1985; Mann i wsp., 1983; Patton, 1988).

## OBRAZ KLINICZNY

### Jadłowstręt psychiczny

Zwykle jadłowstręt psychiczny występuje między 12 a 35 rokiem życia. Około 90% - 95% populacji stanowią osoby płci żeńskiej. Wskazuje się na dwa okresy największej zapadalności tj. między 13 a 14 r.ż oraz między 17 a 25 r.ż (Halmi i wsp., 1979). Jadłowstręt psychiczny może też rozpoczynać się przed okresem dojrzewania (Lask i Bryant-Waugh, 1992). W tej grupie wiekowej opisuje się znacznie mniejszą przewagę liczebną chorych dziewcząt w stosunku do chłopców, którzy mogą stanowić do 30% chorych. Typowo jadłowstręt psychiczny rozpoczyna się u nastolatki, która może mieć niewielkiego stopnia nadwagę. Zaczyna odchudzać się i stopniowo odchudzanie przeradza się w proces chorobowy. Pojawia się przekonanie o konieczności coraz większego ograniczania kalorycznej wartości spożywanego jedzenia oraz *obsesyjna myśl o coraz szczuplejszej sylwetce*. Znaczny i szybki spadek wagi osiągany bywa nie tylko poprzez niezwykle rygorystyczne ograniczenia w jedzeniu ale także poprzez intensywne, czasami wielogodzinne ćwiczenia fizyczne. Jako *sposób kontrolowania wagi* bywają również stosowane: prowokowanie wymiotów, środki przeczyszczające i odwadniające a także całkowita głódówka. Zestawienie cech obrazu klinicznego zawiera tabela 7.

Jako rezultat przewlekłego głodzenia w przebiegu jadłowstrętu psychicznego wystąpić mogą *powikłania internistyczne*. Opisywano min. zaburzenia rytmu serca i zastoinową niewydolność krążenia, kamicę nerkową, stan przypominający niedoczynność tarczycy, zahamowanie wzrostu i osteoporozę (Sutton i wsp., 1985; Herzog i Copeland, 1985). Powikłania gastroenterologiczne obejmują zaburzenia motoryki żołądka i opóźnione opróżnianie żołądkowe, któremu towarzyszą

uczucie nadmiernej pełności w śródbrzuchu, bóle brzucha i zaparcia. W przebiegu leczenia i intensywnego żywienia pojawiają się często obrzęki kończyn dolnych. W badaniu tomograficznym mózgu obserwuje się wtórnie do wyniszczenia zaniki korowe i poszerzenie komór mózgu, które ustępują w okresie normalizacji wagi (Comerci, 1990).

Jadłowstręt psychiczny może rozpocząć się nagle i mieć charakter jednego epizodu lub w sposób niewidoczny rozwijać się przez wiele miesięcy lub lat. Przebieg choroby bywa różny: z okresami remisji i zaostrzeń albo też może przebiegać nieprzerwanie prowadząc do śmierci. Badania katamnestyczne wykazały, że po 6 latach trwania choroby śmiertelność wynosiła ok. 5% natomiast po 30 latach aż 23%. W przypadku przewlekłego przebiegu około 2-5% chorych popełnia samobójstwo (cyt. za Herzog, 1988). W wielu przypadkach dochodzi do normalizacji wagi i powrotu miesiączki, ale około połowa leczonych wykazuje zaburzone wzorce w relacjach społecznych i w rodzinie a także patologiczne zachowania wobec odżywiania się. Cantwell i wsp. (1976) stwierdzili, że po 2 latach od zaprzestania leczenia około 30% leczonych cierpi na nawracające zaburzenia nastroju a około 25% nie miesiączkuje i utrzymuje wagę ciała na poziomie 75% normy dla wzrostu i wieku.

### Bulimia nervosa

Bulimia zwykle występuje u kobiet w drugiej dekadzie życia. Najczęściej pacjentki zgłaszają się ok. 25 r.ż. (Lacey i wsp., 1986). Typowo chorują kobiety, które wielokrotnie bez powodzenia stosowały różne diety odchudzające. Punktem zwrotnym staje się przypadkowe odkrycie lub informacja od osoby znajomej, że *wagę można również kontrolować* prowokując wymioty i biegunki. Konsekwencją długotrwałego odchudzania się i głodzenia są *napady żarłoczności* czyli spożywanie ogromnych ilości jedzenia w krótkim czasie. Jedzenie spożywane w trakcie takich napadów jest zwykle wysokokaloryczne. Napadom towarzyszą często swoiste rytuały. Chore objadają się w samo-

Tabela 7. *Jadłowstręt psychiczny - cechy obrazu klinicznego (Comerci, 1990)***OBJAWY NAJCZĘŚCIEJ OBECNE PRZY PRZYJĘCIU**

Spadek wagi ciała

Brak miesiączki i cyklicznych zmian somatycznych

Nadmierna aktywność (motoryczna lub umysłowa)

Zachowanie odbiegające od normy, nadmierna drażliwość, wycofywanie się z kontaktów społecznych i izolacja, zaburzenia snu

Nadmierna wrażliwość na bodźce słuchowe lub wzrokowe

**BADANIA BIOCHEMICZNE**

Początkowo prawidłowe wyniki badań

Wzrost wskaźników nerkowych, wtórnie do odwodnienia

Podwyższony poziom karotenu

Wzrost poziomu cholesterolu we krwi (początkowo, może następnie obniżyć się)

Obniżony poziom transferyny (zwykle prawidłowy poziom białka oraz stosunek albumin do globulin), niski poziom komplementu i prealbuminy

Wzrost poziomu dehydrogenazy mleczanowej i fosfatazy alkalicznej

Obniżony poziom cynku we krwi i w moczu

Obniżony poziom fosforu (pojawia się późno i źle rokuje), obniżony poziom magnezu i wapnia

**OBJAWY STWIERDZANE BADANIEM PRZEDMIOTOWYM**

Wyniszczenie, wychudzenie, osłabienie, odwodnienie, niekiedy objawy wstrząsu lub zagrażającego wstrząsu

Skracie przebiegające infekcje (zapalenie płuc, uogólnione zakażenie, zaburzenia immunologiczne, anergiczne odczyny skórne)

Zmiany w obrębie skóry (suchość, żółte zabarwienie dłoni i stóp, złuszczenie się naskórka, "brudny" wygląd skóry)

Utrata owłosienia na głowie i włosów łonowych lub pojawienie się lanugo

Hipotermia - temperatura ciała poniżej 35,8°C

Zmniejszenie ilości oddechów (oddechowa kompensacja zasadowicy)

Bradykardia, "spokojne" serce (zwolniona podstawowa przemiana materii)

Spadki ciśnienia tętniczego, <80/50 mmHg

Szmer sercowy (rzadko)

Obrzęki kończyn dolnych

Objawy braku estrogenów (suchość skóry, osteoporoza, zmiany wielkości jajników, macicy i cech słuzówki pochwy)

Objawy obniżonego poziomu androgenów (brak trądzika)

**BADANIA HORMONALNE**

Niski poziom hormonu luteinizującego (LH), niski lub jakby prawidłowy poziom follikulostymuliny (FSH), niedobór hormonu uwalniającego gonadotropinę (GnRH)), prawidłowy poziom prolaktyny, niski poziom testosteronu u mężczyzn i estradiolu u kobiet

Wzrost poziomu kortyzolu (produkcja na prawidłowym poziomie, obniżenie tempa przemiany, brak hamowania dexametazonem)

Poziom glukozy na czczo w dolnej granicy normy (doniesienia o zwiększonym powinowactwie insuliny do erytrocytów oraz o niedoborze hormonu wzrostu)

Tyrosyna (T4) w dolnej granicy normy lub obniżona

**WSKAŹNIKI HEMATOLOGICZNE**

Leukopenia ze względną limfocytozą, bezwzględna limfopenia

Trombocytopenia

Niski współczynnik sedymentacji erytrocytów

Niedokrwistość (szczególnie w przebiegu nawadniania)



tności i w tajemnicy przed osobami z najbliższego otoczenia. Tuczącym efektem wysokokalorycznego jedzenia przeciwdziałają takie zachowania jak *provokowanie wymiotów i biegunek, stosowanie diuretyków i leków hamujących apetyt*. Chore na bulimie prowokujące wymioty (Rowston i Lacey, 1991) w przeciwieństwie do tych, które jedynie stosują środki przeczyszczające i diuretyki spożywają ogromne ilości kalorii w czasie napadu żarłoczności. W czasie napadu mogą zjeść naraz około 30 000 kcal co 10-krotnie przewyższa normalne zapotrzebowanie dobowe. W grupie chorych, którą opisał Lacey i wsp. (1986) około 75% stosowało wymioty jako środek kontrolujący wagę. W tej grupie chorych około 60% używało środków przeczyszczających, około 30% stosowało diuretyki a około 20% środki hamujące apetyt (najczęściej pochodne amfetaminy). Początkowo pacjentki prowokowały wymioty tylko po napadzie a następnie wymioty pojawiały się po każdym normalnym posiłku. Do wywoływania wymiotów w początkowym okresie używały emetyków lub mechanicznie drażniły tylną ścianę gardła. Wiele pacjentek nabywa stopniowo zdolności do wymiotowania "siłą woli". Po napadzie żarłoczności pojawiają się uczucia utraty kontroli, wstydu, poczucia winy i przekonanie o niskiej wartości. Definicja napadu żarłoczności zarówno dla celów klinicznych jak i badawczych była przedmiotem wielu komentarzy. Wskazywano na konieczność uściślenia kryterium ilości spożytego pokarmu naraz a także czasu trwania napadu. Beglin i Fairburn (1992) postulowali, że przeżywane przez chore po napadzie uczucia utraty kontroli, wstydu i poczucia winy powinny być kryterium decydującym o rozpoznaniu napadu a nie ilość spożytego pokarmu.

Bulimii często towarzyszą *zaburzenia miesiączkowania* o niewyjaśnionej etiologii. McClusky i wsp. (1991) opisali wysoką częstość zachowań bulimicznych w grupie chorych z rozpoznaniem zespołu Steina-Leventhala. Ze względu na wysoką częstość występowania obu chorób w populacji ogólnej (czę-

stość występowania zespołu Steina-Leventhala 26% a bulimia nervosa 2%) nie można wykluczyć, że choroby te współwystępują u chorych przypadkowo. Jednak wydaje się, że typowe objawy tego zespołu takie jak nadwaga, hirsutyzm i niepewne rokowanie co do płodności sprzyjają wystąpieniu bulimicznych zachowań. Można też przypuszczać, że predyspozycja genetyczna do wystąpienia tego zespołu ujawnia się w sytuacji naprzemiennego objadania się i głodzenia, która wiąże się z wahaniami poziomu węglowodanów i insuliny.

Zestawienie cech obrazu klinicznego zawiera tabela 8.

Do *internistycznych powikłań* bulimii należą zaburzenia czynności mięśnia sercowego, zaburzenia wodno-elektrolitowe, niewydolność nerek, tężyczka i parestezje (Sutton i wsp., 1985).

Nadmierne skoncentrowanie uwagi na jedzeniu i poświęcanie czasu na przygotowania do napadów żarłoczności bywa odpowiedzialne za *zaniedbywanie przez chore pracy zawodowej i życia towarzyskiego*. Należy jednak pamiętać, że wiele chorych na bulimie to kobiety o atrakcyjnym wyglądzie, które w przeciwieństwie do aseksualnych chorych na jadłowstręt psychiczny są aktywne towarzysko i nawiązują relacje heteroseksualne. Często też dobrze funkcjonują zawodowo i społecznie, a bulimiczne zachowania utrzymują w ścisłej tajemnicy przed osobami z najbliższego otoczenia. Swoje objawy przeżywają jako przykre i bardziej niż chore na jadłowstręt psychiczny są skłonne szukać profesjonalnej pomocy.

Innym interesującym zagadnieniem jest *współwystępowanie depresji lub przewlekłe obniżonego nastroju* u osób z rozpoznaniem bulimii nervosa. Wskazuje się, że wiele chorych na bulimie pozytywnie reaguje na leki przeciwdepresyjne oraz że w ich rodzinach częściej niż w populacji ogólnej występuje depresja (Levy i wsp., 1989). Efekt jaki wywierają leki przeciwdepresyjne dotyczy u części chorych obniżonego nastroju, natomiast w

Tabela 8. *Bulimia nervosa* - cechy obrazu klinicznego (Comerci, 1990)**OBJAWY NAJCZĘŚCIEJ OBECNE PRZY PRZYJĘCIU**

Waga ciała zwykle w granicach normy

Dolegliwości związane ze wzdęciami, biegunkami, obrzękami

Stałe lub nasilone pragnienie oraz zwiększona ilość wydalanego moczu (hipokalemiczna nefropatia i hipowolemia)

Nadmierna aktywność (motoryczna i umysłowa)

Mogą wystąpić: obniżony nastrój, niepokój, myśli samobójcze

**BULIMIA - BADANIA BIOCHEMICZNE****obecne jedynie napady żarłoczności**

Wyniki w normie poza zmianami w metabolizmie glukozy

**z prowokowaniem wymiotów**

Zasadowica metaboliczna z hipochloremią, wzrost poziomu wodorowęglanów

Hipokalemia (wtórnie do zasadowicy metabolicznej)

Hipowolemia, której towarzyszy wtórny hiperaldosteronizm

**z prowokowaniem wymiotów i biegunek oraz stosowaniem diuretyków**

Wyniki takie jak w bulimii (jedynie napady żarłoczności) lub w bulimii z wymiotami

Obniżenie poziomu potasu ze względu na utraty drogą przewodu pokarmowego lub przez nerki

kwasica metaboliczna z pozornie prawidłowym poziomem potasu

Nefropatia hipokalemiczna z zaburzeniami zagęszczania moczu

Hipokalemiczna miopatia (w tym kardiomiopatia)

Hipo- lub hiperkalcemia, hipomagnezemia, hipofosfatemia

**OBJAWY FIZYKALNE W BADANIU PRZEDMIOTOWYM**

Wygląd zewnętrzny zwykle schludny i zadbane z wyjątkiem chorych z poważnymi zaburzeniami osobowości lub uzależnieniem w wywiadzie

Waga w normie lub niewielkiego stopnia nadwaga

Uogólnione lub miejscowe obrzęki kończyn dolnych (wyrównawcze nerkopochodne zatrzymywanie sodu i wody tj. hipowolemia z wtórnym hiperaldosteronizmem)

Objawy towarzyszące znacznemu spadkowi wagi jeśli bulimia, prowokowanie wymiotów i stosowanie środków przeczyszczających występuje w przebiegu jadłowstrętu psychicznego

Obrzęk ślinianek przyusznych lub innych

Nadżerki i przebarwienia szklivi w wyniku działania kwasu solnego

Obrażenia podniebienia i tylnej ściany gardła (otarcia, wylewy krwawe)

Chryпка

Ból w zakresie nerwu twarzowego

Dzwonienie w uchu

Objaw Russella tj. obrażenia knykci stawów paliczkowych dłoni

Ropne lub inne choroby dziąseł

Osłabienie odruchów, osłabienie mięśniowe, porażenia a niekiedy obwodowa neuropatia z osłabieniem mięśniowym i porażeniem

Kurcze mięśniowe (objaw Trousseau)

Objawy hipokalemii (zaburzenia rytmu serca, spadek ciśnienia tętniczego, zmniejszony wyrzut serca, słabo wyczuwalne tętno, słabo słyszalne tony serca, rozdęcie brzucha, niedrożność porażenna jelit, nagłe rozszerzenie żołądka, miopatia, duszność, zaburzenia świadomości)

pewnej grupie leki te zmniejszają częstość występowania napadów żarłoczności.

Bulimia nervosa ma *przewlekły przebieg*. Najczęściej manifestuje się pod postacią okresowych nawrotów. Badania katamnetyczne dostarczają niejednoznacznych wniosków na temat efektów leczenia. Pięcioletnie katamnety podają wyleczenie w wysokości 13% (Herzog, 1988). Lacey i wsp. (1986) podają że 2 lata po zakończeniu leczenia 71% pacjentek nie miało nawrotu choroby. Przypuszcza się jednak, że mimo wycofania zespołu pełnoobjawowego zachowania bulimiczne są dalej obecne.

### Osobowość

Związek między typem osobowości a zachorowaniem na *jadłowstręt psychiczny* jest złożony. Nie określono takiego typu osobowości, który byłby charakterystyczny dla *jadłowstrętu* ale często wymienia się cechy osobowości, które zwiększają prawdopodobieństwo późniejszych zaburzeń odżywiania się (Strober, 1980). Należą do nich: brak poczucia bezpieczeństwa, nadmierna zależność i podporządkowanie, ograniczona spontaniczność i perfekcjonizm. Inne często wymieniane cechy takie jak intrawertywność i obniżenie nastroju wydają się być wtórne do przewlekłego niedożywienia.

Obserwuje się, że cechy osobowości anankastycznej w okresie przedchorobowym występują w tej grupie kobiet częściej niż w populacji ogólnej (Holden, 1990). Stan głodzenia cechy te zwykle nasila. W porównaniu z grupą chorych na agorafobię więcej kobiet o cechach osobowości anankastycznej choruje na *jadłowstręt psychiczny* (Kasvikis i wsp., 1986). Zarówno chore na *jadłowstręt psychiczny*, jak i chore na bulimię przywiązują nadmierną uwagę do liczenia kalorii a jedzenie zajmuje szczególne miejsce w ich fantazjach. Niektórzy autorzy sugerują, że zaburzenia odżywiania się stanowią postać klasycznej nerwicy natręctw (Rothenberg, 1986).

Styl poznawczy i osobowość chorych na *bulimię* wykazuje odmienne cechy w porów-

naniu z chorymi na *jadłowstręt* (Garfinkel i wsp., 1987). W wywiadzie często można odnaleźć cechy niedostosowania w dzieciństwie oraz zwiększoną częstość występowania chorób psychicznych w ich rodzinach. Opisuje się, że zwykle ich relacje z rodzicami są powierzchniowe. W przeszłości występowała u nich nadwaga, często też nadwaga występowała u matki. Chore na *bulimię* wykazują cechy ekstrawersyjne a pewna ich grupa ma skłonność do nadużywania alkoholu, kradzieży, częstej zmiany partnerów seksualnych, prób samobójczych oraz zachowań auto-destrukcyjnych. Sugeruje to deficyt w zakresie regulacji afektu i kontroli impulsów. W tej grupie pacjentek identyfikuje się cechy osobowości typu borderline. Taki obraz psychopatologiczny ujęto w języku angielskim mianem *multi-impulsive bulimia* (Lacey i Evans, 1986). Związek między osobowością typu borderline a zachowaniami bulimicznymi nie jest wyjaśniony - tylko część spośród chorych o tej osobowości rozwija zachowania bulimiczne (Norman i Herzog, 1983).

### Zaburzenia obrazu ciała

Omawiając obraz kliniczny *jadłowstrętu* psychicznego i bulimii chciałabym zwrócić uwagę na zagadnienie zaburzonego obrazu własnego ciała, który stanowi istotny element psychopatologii obu tych chorób. Świadczy o tym min. popularny wizerunek *jadłowstrętu* psychicznego przedstawiający młodą wychudzoną kobietę, która patrząc w lustro dostrzega swoją otyłą sylwetkę.

Najczęściej używane są dwie definicje obrazu ciała, które częściowo tylko są zbieżne. Definicja *medyczna* (neurologiczna) mówi o istnieniu schematu ciała tj. opisuje schematyczną reprezentację ciała w świadomości (Head, 1920). Z bardziej *psychologicznego* punktu widzenia obraz ciała bywa definiowany jako uczucia i postawy wobec własnego ciała (Fisher, 1986). Bruch (1962) pierwsza zasugerowała, że zaburzony obraz ciała jest istotnym elementem obrazu klinicznego *jadłowstrętu* psychicznego i wskazała na obec-

ną u osób chorych obojętność wobec często skrajnego wychudzenia. W kolejnych latach Bruch (1973) postulowała, że zaburzony obraz ciała jest patognomoniczny dla tej choroby i wyróżniła tu: zaburzenie procesów poznawczych dotyczących ciała, zaburzenie odczuwania cielesnych bodźców wewnętrznych, poczucie utraty kontroli nad czynnościami własnego ciała, zaburzony afektywny stosunek do kształtów własnego ciała oraz zaburzona ocena tego, na ile inni oceniają daną sylwetkę jako atrakcyjną. Bruch nie stworzyła własnej definicji zaburzonego obrazu ciała ale używała tego pojęcia w odniesieniu do zaburzonych postaw i procesów poznawczych dotyczących ciała.

Koncepcja zaburzonego obrazu ciała u osób z zaburzeniami odżywiania się była przedmiotem wielu prac badawczych. Metody stosowane do badania charakteru oraz stopnia zaburzonej percepcji ciała dzielą się na dwie grupy (Birtchnell i wsp., 1985). Jedna grupa metod bada zaburzone postrzeganie, a więc przypisywanie ciału lub jakimś jego częściom przesadnej (większej niż w rzeczywistości) szerokości, co jest interpretowane jako wyraz zaburzonego obrazu ciała. Druga grupa metod zajmuje się oceną postaw oraz uczuć - negatywna emocjonalnie ocena własnego ciała jest interpretowana jako jednoznaczna z zaburzeniem obrazu ciała.

Stwierdzono, że u chorych, częściej chorych na bulimie, występuje znaczące niezadowolenie i negatywny stosunek emocjonalny do własnego ciała, przy czym niezadowolenie dotyczy zarówno całego ciała jak i poszczególnych jego części (Whitehouse i wsp., 1986; 1988). Osoby chore na jadłowstręt psychiczny mają tendencję by postrzegać swoje ciało jako większe (Touyz i wsp., 1984) i ich ocena normalnej sylwetki kobiecej różni się znacznie od oceny grupy kontrolnej. W związku z tym postulowano, że stopień nasilenia zaburzenia postrzegania własnego ciała ma istotne implikacje terapeutyczne. Chore z uprzednią nadwagą postrzegają własną sylwetkę jako mniejszą niż jest ona w rzeczywistości. Dolan,

Birtchnell i Lacey (1987) wykazali, że podobnie jak osoby z zaburzeniami odżywiania się, postrzegają swoje ciało zdrowe kobiety i zdrowi mężczyźni tj. przypisują sobie wymiary większe niż w rzeczywistości. W populacji ogólnej występuje tendencja by zależnie od stopnia odchylenia wagi od normy (dotyczy to zarówno nadwagi jak i niedowagi) przesadnie (tj. jako większą) postrzegać swoją sylwetkę. Wyniki badań dotyczące zaburzonego obrazu ciała są często dyskusyjne. Coraz częściej kwestionuje się (Hsu i Sobkiewicz, 1991) użyteczność tych badań, szczególnie w świetle doniesień, że zaburzony obraz ciała nie jest objawem specyficznym dla zaburzeń odżywiania się tak jak jest nim np. chorobliwy lęk przed nadwagą i otyłością oraz obsesyjne dążenie do szczupłej sylwetki. Innego zdania są Crisp i Kalucy (1974), którzy postulowali, że w jadłowstręcie psychicznym lęk dotyczy nie tyle otyłości co normalnej wagi ciała. Hsu i Sobkiewicz (1991) sugerują, że dalsze badania zaburzonej percepcji ciała nie wniosą istotnych danych i że raczej postawy i uczucia wobec ciała na różnych etapach leczenia powinny być przedmiotem zainteresowania badaczy. Negatywny stosunek do własnego ciała tylko u niektórych osób wiąże się z obecnością zaburzeń odżywiania się. Nie wiadomo też czy zjawisko negatywnego stosunku do własnego ciała ma charakter jakościowy czy ilościowy i być może to właśnie zagadnienie powinno stać się przedmiotem dalszych badań.

## **ZABURZENIA ODŻYWIANIA SIĘ U MĘŻCZYZN**

Wydaje się, że obraz kliniczny, sytuacja rodzinna i przebieg jadłowstrętu psychicznego u mężczyzn są generalnie podobne do tych, jakie charakteryzują pacjentki płci żeńskiej (Crisp i wsp., 1986; Hall i wsp., 1985; Barry i Lippmann, 1990; Burns i Crisp, 1984; Burns i Crisp, 1985). Nieznaczące różnice dotyczą częściej spotykanych u mężczyzn takich objawów jak nadmierna aktywność, niepokój na tle seksualnym oraz zwiększone dążenie do

osiągnąć (Fichter i wsp., 1985). U mężczyzn w okresie przedchorobowym często obserwuje się zaangażowanie w uprawianie jakiejś dyscypliny sportowej (Burns i Crisp, 1985). Dla obu płci opisuje się bardzo podobne czynniki prognostyczne. Podobnie w grupie mężczyzn chorych na bulimię obserwuje się nieco późniejszy początek choroby, częściej w okresie przedchorobowym nadwagę, uprawianie jakiejś dyscypliny sportowej oraz podobnie jak u kobiet chorych na bulimię skłonność do nadużywania alkoholu i narkotyków (Carlat i Camargo, 1991). Opisuje się też tak jak u kobiet zaburzenia osobowości, impulsywność oraz zaburzenia nastroju. Yates (1989) wskazuje, że wygląd zewnętrzny i fizyczna atrakcyjność odgrywają istotną rolę w kształtowaniu się poczucia własnej wartości u nastoletnich dziewcząt. U chłopców natomiast taką rolę wydaje się spełniać przekonanie o własnej sprawności fizycznej. Troska o atrakcyjny wygląd w naszej kulturze jest postrzegana jako właściwa kobietom.

W świetle tych rozważań można zgodzić się z obserwacjami Fichtera i wsp. (1985) oraz Herzoga i wsp. (1984), że u chorych płci męskiej na jadłowstręt psychiczny oraz na bulimię może wystąpić nietypowy rozwój psychoseksualny a także zaburzenia tożsamości seksualnej. Stwierdzono też iż wśród kobiet chorych na bulimię większość to mężatki a wśród mężczyzn większość wykazuje orientację homoseksualną lub biseksualną. Mężczyźni chorzy na jadłowstręt psychiczny są bardziej ekstrawertywni niż chore płci żeńskiej oraz wykazują wiele "kobiecych" cech w badaniach osobowości (Fichter i wsp., 1985).

## PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.- rev.). APA, Washington, D.C. 1987.
2. Barry A., Lippmann S.B.: Anorexia nervosa in males. Postgrad. Med. 1990,87,161-5.
3. Birchnell S.A., Lacey J.H., Harte A.: Body image distortion in bulimia nervosa. Br. J. Psychiatry 1985,147,408-412.
4. Boskind-Lodahl M.: Cinderella's stepsisters: a feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. Signs: J. Women Culture and Society 1976,2,342-346.
5. Bruch H.: Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychosom. Med. 1962,24,187-194.
6. Bruch H.: Anorexia nervosa and it's differential diagnosis. J. Nerv. Ment. Dis. 1966,141,555-566.
7. Bruch H.: Eating disorders. Basic Books, New York 1973.
8. Burns T., Crisp A.H.: Outcome of anorexia nervosa in males. Br. J. Psychiatry 1984,145,319-325.
9. Burns T., Crisp A.H.: Factors affecting prognosis in male anorexics. J. Psychiatr. Res. 1985,19,323-328.
10. Button E.J., Whitehouse A.: Subclinical anorexia nervosa. Psychol. Med. 1981,11,509-516.
11. Cantwell D.P., Sturzenberg S., Burroughs J., Salkin B., Green J.K.: Anorexia nervosa: an affective disorder? Arch. Gen. Psychiatry 1976,33,1039-1044.
12. Carlat D.J., Camargo C.A.: Review of bulimia nervosa in males. Am. J. Psychiatry 1991,148,831-843.
13. Chipley W.S.: Sitomania: It's causes and treatment. Am. J. Insanity 1859,16:4,41.
14. Comerici G.D.: Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Adolescent Med. 1990,74,1293-1310.
15. Crisp A., Kalucy R.: Aspects of the perceptual disorder in anorexia nervosa. Br. J. Med. Psychol. 1974,47,349-361.
16. Crisp A.H.: Anorexia nervosa: let me be. Academic Press, London Toronto Sydney 1980.
17. Crisp A.H., Burns T., Bhat A.V.: Primary anorexia nervosa in the male and female: a comparison of clinical features and prognosis. Br. J. Med. Psychol. 1986,59,123-132.
18. Di Nicola V.F.: Anorexia multiforma: Self-starvation in Historical and Cultural Context. Part I: Self-starvation as a Historical Chameleon. Transcult. Psychiatr. Res. Rev. 1990,27,165-196.
19. Dolan B.M., Birchnell S.A., Lacey J.H.: Body image distortion in non-eating disordered women and men. J. Psychosom. Res. 1987,31,513-520.
20. Fairburn C.G., Beglin S.J.: Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. Am. J. Psychiatry 1990,147,401-408.
21. Feighner J.P., Robin E., Guze S.B., Woodruff R.A., Winokur G., Monoz R.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch. Gen. Psychiatry 1976,26,57-63.
22. Fichter M.M., Daser C., Postpischil F.: Anorexic syndromes in the male. J. Psychiatr. Res. 1985,19,305-313.
23. Fischer N.: Anorexia nervosa and unresolved rapprochement conflicts. A case study. Int. J. Psychoanal. 1989,70,41-54.
24. Garfinkel P.E., Garner D.M.: Anorexia nervosa; a multi-dimensional perspective. Brunner/Mazel, New York 1982.
25. Garfinkel P.E., Garner D.M., Goldbloom D.S.: Eating disorders: implications for the 1990's. Can. J. Psychiatry 1987,32,624-631.

26. Garner D.M., Garfinkel P.E.: Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 1980,10,647-656.
27. Garner D.M., Garfinkel P.E., Schwartz D., Thompson M.: Cultural expectations of thinness in women. *Psychol. Rep.* 1980,47,483-491.
28. Gull W.W.: Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Trans. clin. Soc. Lond.* 1874,7,22-28.
29. Hall A., Delahunt J.W., Ellis P.M.: Anorexia nervosa in the male: clinical features and follow-up of nine patients. *J. Psychiatr. Res.* 1985,19,315-321.
30. Halmi K.A., Casper R.C., Eckert E.D., Goldberg S.C., Davis J.M.: Unique features associated with the age of onset of anorexia nervosa. *Psychiatry Res.* 1979,1,209-215.
31. Head H.: *Studies in neurology.* Hodder Stoughton, London 1920.
32. Herzog D.B.: *Eating disorders.* W: Nicholi A.M., Jr. (red.): *New Harvard guide to psychiatry.* Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts 1988, s.434-448.
33. Herzog D.B., Copeland P.M.: *Eating disorders.* N. Engl. J. Med. 1985,313,295-303.
34. Herzog D.B., Norman D.K., Gordon C., Pepose M.: Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *Am. J. Psychiatry* 1984,141,989-990.
35. Holden N.L.: Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder? *Br. J. Psychiatry* 1990,157,1-5.
36. Hsu G.K.L., Sobkiewicz T.A.: Body image disturbance: time to abandon the concept for eating disorders. *Int. J. Eating Disorders* 1991,10,15-30.
37. Hsu G.L.K.: The treatment of anorexia nervosa. *Am. J. Psychiatry* 1986,143,573-581.
38. Jackson C., Davidson G., Russell J., Vandereycken W.: Ellen West revisited: the theme of death in eating disorders. *Int. J. Eating Disorders* 1990,9,529-536.
39. Kasvikis Y.G., Tsakiris F., Marks I.M., Basoglu M., Noshirvani H.V.: Past history in women with obsessive-compulsive disorders. *Int. J. Eating Disorders* 1986,5,1069-1075.
40. Lacey J.H.: Anorexia nervosa and a bearded female saint. *BMJ* 1982,285,1816-1817.
41. Lacey J.H., Coker S., Birtchnell S.A.: Bulimia: factors associated with its etiology and maintenance. *Int. J. Eating Disorders* 1986,5,475-487.
42. Lacey J.H., Evans C.: The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *Brit. J. Addict.* 1986,81,715-723.
43. Lasegue E.E.: On hysterical anorexia (1873). W: Kaufman M.R., Heiman M. (red.): *In evolution of psychosomatic concepts, Anorexia nervosa: a paradigm.* Hogarth Press, London 1965, s.141-155.
44. Lask B., Bryant-Waugh R.: Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1992,33,281-300.
45. Levy A.B., Dixon K.N., Stern S.L.: How are depression and bulimia related. *Am. J. Psychiatry* 1989,146,162-169.
46. Loudon I.S.L.: Chlorosis, anaemia, and anorexia nervosa. *BMJ* 1980,281,1669-1675.
47. McCluskey S., Evans C., Lacey J.H., Pearce J.M., Jacobs H.: Polycystic ovary syndrome and bulimia. *Fertility Sterility* 1991,55,287-281.
48. Minuchin S., Rosman B., Baker L.: *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context.* Harvard Univ. Press, New York 1978.
49. Morton R.: *Phthisiologia - or a treatise of consumptions.* Smith & Walford, London 1694.
50. Norman D.K., Herzog D.B.: Bulimia, anorexia, and anorexia nervosa with bulimia. *Int. J. Eating Disorders* 1983,2,43-52.
51. Nylander I.: The feeling of being fat and dieting in a school population. Epidemiologic interview investigation. *Acta Sociomed. Scan.* 1971,1,17-26.
52. Patton G.C.: The spectrum of eating disorder in adolescence. *J. Psychosom. Res.* 1988,32,579-584.
53. Patton G.C., Johnson Sabine E., Wood K., Mann A.H., Wakeling A.: Abnormal eating attitudes in London schoolgirls—a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychol. Med.* 1990,20,383-394.
54. Rothenberg A.: Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry* 1986,49,45-53.
55. Rowston W., Lacey J.H.: All who vomit are not bulimic. *Int. J. Eating Disorders* 1991,10,491-495.
56. Russell G.F.M.: The present status of anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 1977,7,363-367.
57. Russell G.F.M.: Bulimia nervosa: an omnivariant of anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 1979,9,429-448.
58. Scadding J.G.: Meaning of diagnostic terms in bronchopulmonary disease. *BMJ* 1963,2,1425-1430.
59. Selvini Palazzoli M., Viaro M.: The anorectic process in the family: a six-stage model as a guide for individual therapy. *Fam. Process.* 1988,27,129-148.
60. Shaw B.F., Garfinkel P.E.: Research problems in eating disorders. *Int. J. Eating Disorders* 1990,9,545-555.
61. Strober M.: Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *J. Psychosom. Res.* 1980,24,353-359.
62. Sutton M.G., Plappert T., Crosby L., Douglas P., Mullen J., Reichek N.: Effects of reduced left ventricular mass on chamber architecture, load, and function: a study of anorexia nervosa. *Circulation* 1985,72,991-1000.
63. Szmukler G., Eisler I., Gillies C., Hayward M.E.: Implications of anorexia nervosa in a ballet school. *J. Psychiatr. Res.* 1985,19,177-181.
64. Szymczak M.: *Słownik języka polskiego.* PWN, Warszawa 1978.
65. Touyz S.W., Beumont P.J.V., Collins J.K., McCabe M., Jupp J.: Body shape perception and its disturbance in anorexia nervosa. *Br. J. Psychiatry* 1984,144,167-171.
66. van Deth R., Vandereycken W.: What happened to the "fasting girls"? A follow-up in retrospect. W: Herzog W., Deter H.-C., Vandereycken W. (red.): *The course of eating disorders.* Springer-Verlag, Berlin 1992, s.348-366.

67. Whitehouse A.M., Freeman C.P., Annadale A.: Body size estimation in bulimia. Br. J. Psychiatry 1986,149,98-103.
68. Whitehouse A.M., Freeman C.P., Annadale A.: Body size estimation in anorexia nervosa. Br. J. Psychiatry 1988,153,23-26.
69. Yates A.: Current perspectives on the eating disorders: I. History, psychological and biological aspects. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1989,28,813-828.

*Adres: Katarzyna Włodarczyk-Bisaga, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN,  
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*