

# ARTYKUŁ REDAKCYJNY

## EDITORIAL

Karolina Kierus, Irena Białokoz-Kalinowska,  
Janina Piotrowska-Jastrzębska

Received: 06.12.2012

Accepted: 14.12.2012

Published: 31.12.2012

## Zaburzenia odżywiania u młodzieży Adolescent behavioural eating disorders

Klinika Pediatrii i Zaburzeń Rozwoju Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Janina Piotrowska-Jastrzębska

Adres do korespondencji: Klinika Pediatrii i Zaburzeń Rozwoju Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,  
ul. Waszyngtona 17, 15-274 Białystok, tel.: 85 745 06 22, e-mail: danutaj@umb.edu.pl

*Praca finansowana ze środków własnych*

### Streszczenie

Zaburzenia odżywiania o typie jadłowstrętu psychicznego, jadłowstrętu atypowego oraz bulimii zgodnie z aktualną wiedzą medyczną należą do poważnych zaburzeń psychicznych występujących u młodzieży w okresie dojrzewania. Na zachorowanie najbardziej narażone są dziewczęta w wieku 14-18 lat (w przypadku anoreksji), z tendencją do obniżania dolnej granicy wieku. Przyczyną tych zaburzeń jest nie tyle dążenie do uzyskania szczupłej sylwetki, ile zespół wielu czynników wpływających na rozwój emocjonalny dziecka, proces separacji – indywidualizacji, poczucie własnej wartości, akceptacja siebie i swojego ciała. Bardzo istotną rolę w rozwoju zaburzeń odżywiania u młodzieży odgrywają: dysfunkcja systemu rodzinnego, nadmiernie kontrolująca matka, stawiająca wysokie wymagania, oraz charakterystyczne cechy osobowości chorego, między innymi wygórowana ambicja, perfekcjonizm, silna wola, determinacja w dążeniu do osiągnięcia celu. Objawy jadłowstrętu psychicznego pojawiają się zazwyczaj skrycie, najczęściej rozpoczynają się od stopniowej rezygnacji z wybranych pokarmów z diety, np. słodczy, pieczywa, mięsa, wprowadzania zasad „zdrowego żywienia” itp. W początkowej fazie choroby ograniczanie jedzenia pełni funkcję czynnika wzmacniającego, dającego chorej poczucie kontroli, satysfakcji czy nawet sukcesu. Zachowania bulimiczne przez długie miesiące pozostają niezauważone przez otoczenie chorego, gdyż najczęściej nie dochodzi do utraty masy ciała. U ponad połowy osób cierpiących na anoreksję pojawiają się myśli suicydalne oraz próby samobójcze, znaczna część chorych podejmuje także zachowania autodestrukcyjne. Leczenie pacjentów z zaburzeniami odżywiania jest długotrwałe. Oprócz prawidłowo prowadzonej terapii żywieniowej konieczne są stała opieka psychiatryczna, psychoterapia indywidualna, psychoedukacja opiekunów oraz terapia rodzinna. Ponieważ istnieje bezpośrednia zależność między czasem trwania choroby a możliwościami skutecznej terapii, bardzo ważne jest wczesne rozpoczęcie leczenia.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, anoreksja, bulimia, realimentacja, psychoterapia

### Summary

Eating disorders such as anorexia nervosa, atypical anorexia, bulimia nervosa belong to the behavioural and psychiatric disorders especially common in adolescents during the puberty period. The girls aged 14-18 years old constitute the risk group for anorexia nervosa with the tendency to affect even the younger girls. Eating disorders are characterized by body dissatisfaction related to the overvaluation of the thin body ideal associated with dysfunctional patterns of cognition and weight control behaviours that results in significant medical, psychological and social complication. The important factor for initiating the onset of eating disorders is dysfunctional family background: controlling and with high expectations and demands mother and the certain personality traits of the adolescent such as low esteem, high ambition, perfectionism, perseverance, determination. The first symptoms of anorexia nervosa are often unnoticeable. They began with gradual elimination of the chosen food products e.g. sweets, bread, meat and introduction of “healthy” or “fit” eating patterns to the daily diet routine. During the initial phase of the disease the food restriction plays the corroborant role giving the anorectic patient the feeling of full control, satisfaction and even sense of the success. Patient with bulimia nervosa are often undiagnosed because there is no spectacular and evident reduction of the body mass. The half of the patients with anorexia demonstrate the suicidal thoughts and suicidal attempts.

The majority of them shows the self-destructive behaviours. The treatment of eating disorders comprise the permanent and complex psychiatric therapy including the individual and family psychotherapy together with nutritional treatment. There is clear correlation between the duration of the disorder and the prognosis. The earlier diagnose is established, the better prognosis for the effective treatment is achieved.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, refeeding, psychotherapy

Zaburzenie odżywiania o typie jadłowstrętu psychicznego po raz pierwszy zostało opisane jako zaburzenie psychologiczne przez sir Williama Withneya Gulla w 1868 roku. Uważał on, że głodzenie jest przyczyną wielu niepokojących objawów – nazwał je *anorexia nervosa* (anoreksja, grec. *an* – ‘brak’, *orexis* – ‘apetyt’). Niezależnie od Gulla niemal w tym samym czasie zaburzenie to scharakteryzował paryski lekarz Ernest Charles Lasègue (1816-1883). Podkreślał on, że aktywny „wstręt” pacjenta do jedzenia prowadzi do utraty masy ciała. Zwrócił także uwagę na wpływ czynników rodzinnych w powstawaniu i przebiegu anoreksji<sup>(1)</sup>.

George Russell opisał w 1979 roku bulimie jako odrębną jednostkę chorobową, charakteryzującą się nawracającymi, patologicznymi zachowaniami zapobiegającymi przyrostowi masy ciała, takimi jak: prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających i moczopędnych, okresy napadów obżarstwa oraz okresowe głodówki.

Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej zaburzenia odżywiania u młodzieży należą do kategorii zaburzeń psychicznych wymagających wieloaspektowego leczenia specjalistycznego. Z badań psychologicznych wynika, iż zaburzenia te są skutkiem licznych patologicznych zdarzeń w okresie dzieciństwa, między innymi nieprawidłowych relacji rodzic – dziecko; nie są spowodowane wyłącznie pragnieniem nastolatka bycia szczupłym, pasującym do obecnych kanonów piękna, prezentowanych tak często przez współczesne media.

Czynniki predysponujące do rozwoju choroby są różnorodne w swej naturze, jednak badacze zgadzają się, że rodzina ma bardzo ważny, często decydujący udział w powstawaniu zaburzeń odżywiania u młodzieży. Zdrowa, normalnie funkcjonująca rodzina jest naturalnym środowiskiem, stwarzającym minimalne ryzyko rozwoju tego typu zaburzeń<sup>(1)</sup>. Wspierająca postawa członków rodziny, ich więź emocjonalna prawidłowo kształtują rozwijającą się osobowość dziecka, poczucie jego własnej wartości, akceptację siebie, swojego wyglądu i cech charakteru. Nieprawidłowości w relacji rodzic – dziecko wpływają negatywnie na rozwój osobowości dorastającego młodego człowieka. Salvador Minuchin w 1970 roku wyodrębnił pięć cech charakterystycznych dla rodzin z anoreksją: usidlenie, nadopiekuńczość, sztywność, unikanie i nierozwiązywanie konfliktów oraz angażowanie dzieci w konflikty między rodzicami<sup>(2)</sup>.

Wyniki badań mających na celu poznanie złożonych mechanizmów powstawania zaburzeń odżywiania u młodzieży wskazują na nieprawidłowe więzi emocjonalne z rodzicami, które w efekcie wpływają negatywnie na proces separacji – indywidualizacji<sup>(3)</sup>. Pacjentki z anoreksją doświadczają dużych trudności, szczególnie w relacjach z matkami, co nie ułatwia im osiągnięcia pełnej autonomii. Matki są opisywane przez chore jako stawiające wygórowane wymagania, kontrolujące i nieodpowiadające elastycznie na emocjonalne potrzeby córek<sup>(4)</sup>. Relacje matek z córkami nacechowane są silnym lękiem, ambiwalencją uczuciową, związaną z wcześniejszymi doświadczeniami lub trudną sytuacją rodzinną. Pozostawianie córek pod silną kontrolą matek, szczególnie w okresie pokwitania, powoduje, że pacjentki podejmują próbę kontrolowania swojego ciała, aby powstrzymać somatyczne objawy procesu dojrzewania. Matki zagrożone emocjonalnym opuszczeniem przez córki oraz utratą kontroli nad ich życiem wzmacniają ich zależność od siebie, uniemożliwiając naturalny proces indywidualizacji i samodzielności.

## EPIDEMIOLOGIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

Według danych z piśmiennictwa anoreksja występuje u około 1% populacji młodzieży, ze znaczną przewagą dziewcząt<sup>(5-7)</sup>. Niepokojący jest obserwowany w ostatnich latach wzrost zachorowań wśród adolescentów i młodych dorosłych. Hoek i wsp. podkreślają, że zachorowania na anoreksję najczęściej występują w populacji dziewcząt w wieku 15-19 lat, stanowiąc około 40% wszystkich nowo rozpoznanych przypadków choroby<sup>(8)</sup>. Hoeken i wsp. szacują częstość występowania tej choroby w krajach Europy Zachodniej na 0,2-0,9%<sup>(9)</sup>. Makino i wsp. podają, że choruje 0,1-5,7% populacji kobiet, a Simon i wsp. uważają, że anoreksję ma 0,5-3% nastolatków<sup>(10)</sup>. W Polsce w badaniach Namysłowskiej częstość występowania tego zaburzenia wynosiła 0,8-1,8% dziewcząt poniżej 18. roku życia<sup>(11)</sup>. O skali zagrożenia anoreksją na świecie może świadczyć fakt, że w Stanach Zjednoczonych liczbę chorych szacuje się na 8 mln, z czego 90% przypadków stanowią dziewczęta. W ostatnich latach badania wykazują także wzrost częstości zachorowań wśród mieszkańców Azji i Afryki, a liczba chorych rośnie wraz z poprawą

statusu ekonomicznego rodziny i przejmowania przez dzieci i młodzież zachodniego stylu życia, w tym sposobu odżywiania się<sup>(10,12-15)</sup>.

### OBJAWY KLINICZNE ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

Objawy kliniczne jadłowstrętu psychicznego pojawiają się zazwyczaj skrycie, najczęściej rozpoczynają się od stopniowej rezygnacji z pewnych pokarmów w diecie, np. słodyczy, pieczywa, mięsa, wprowadzania zasad „zdrowego żywienia” itp. W początkowej fazie choroby ograniczanie jedzenia pełni funkcję czynnika wzmacniającego, dając chorej poczucie kontroli, satysfakcji czy nawet sukcesu<sup>(5)</sup>. Odchudzanie, zmniejszanie ilości i jakości spożywanych pokarmów czy prowokowanie wymiotów przynosi pacjentom poczucie spełnienia, staje się przyjemnością, wzmacnia u nich poczucie własnej wartości. W dalszych etapach choroby, wraz ze spadkiem masy ciała, narasta lęk przed przytyciem, nasilają się upórzywne myśli o jedzeniu, niekiedy przybierające charakter obsesyjny. W sferze interpersonalnej następuje wycofywanie się chorej z relacji z rówieśnikami oraz regresyjne intensyfikowanie relacji z rodzicami, najczęściej z matką. Przy znacznej utracie masy ciała (około 40%) nasilają się również objawy somatyczne z wielu narządów i układów. W trakcie trwania choroby występują stopniowe obniżanie się i zmienność nastroju, a także groźne dla chorych zaburzenia depresyjne. Zarówno w bulimii, jak i w anoreksji 37% badanych dziewcząt dokonywało samookaleczeń. Do najczęstszych aktów bezpośredniej autodestrukcji należą różne formy okaleczenia skóry, utrudnianie przez chore gojenia się ran oraz próby samobójcze<sup>(16)</sup>.

Skryty, często maskowany przez dziewczęta rozwój choroby może być przez długi czas niezauważony lub bagatelizowany przez rodziców i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Głównymi przyczynami zgłaszania się chorej z anoreksją do lekarza są wtórny brak miesiączki oraz znaczna utrata masy ciała następująca w krótkim przedziale czasowym. Niestety, najczęściej wstępne badanie przeprowadzone przez lekarza rodzinnego uspokaja rodziców, gdyż wyniki podstawowych badań laboratoryjnych są zazwyczaj w normie. Wzbudza to w rodzicach fałszywe przeświadczenie, iż ich dziecko jest zdrowe, tylko racjonalnie się odchudza, a zatem nie wymaga pomocy specjalistycznej. Pacjentki z zaburzeniami odżywiania przez długie miesiące zatają przed rodzicami problemy zdrowotne, w tym brak krwawień miesięcznych, maskują utratę masy ciała przez noszenie obszernych i luźnych ubrań, unikają sytuacji wymagających pokazania swojego ciała, np. na basenie czy plaży. Ponadto manipulują rodziną, ukrywają i wyrzucają niezjedzone pokarmy bądź prowokują wymioty po posiłkach. Niestety, trzeba wiedzieć, że im dłuższy jest czas trwania nieleczonej choroby, tym mniejsze są efekty terapii i szanse na wyzdrowienie.

Pacjentki cierpiące na jadłowstręt psychiczny charakteryzują się perfekcjonizmem, pedantycznością, nadmierną ambicją, silną wolą i determinacją w osiąganiu wytyczonego celu. W większości przypadków są to bardzo dobre uczennice, podporządkowane rodzicom, starające się sprostać ich często wygórowanym wymaganiom. W miarę rozwoju choroby pojawiają się trudności wychowawcze, zaburzenia w relacjach z rówieśnikami, występują obsesyjne zainteresowanie kalorycznością produktów, unikanie spożywania posiłków wspólnie z rodziną, a także rezygnacja z publicznego spożywania pokarmów, np. w szkole. Dziewczęta zaczynają interesować się gotowaniem, chętnie samodzielnie przygotowują posiłki rodzinie, pilnują najbliższych, aby prawidłowo się odżywiali. Dominującymi problemami u tych dziewcząt stają się zaburzona percepcja własnego ciała oraz silny lęk przed przytyciem. Nawet w stanach znacznego stopnia kacheksji pacjentki opisują siebie jako osoby pulchne, otyłe, nieproporcjonalnie zbudowane. Zachowania silnie ukierunkowane na utratę masy ciała objawiają się także częstym uprawianiem intensywnych treningów fizycznych.

Większość młodzieży z zaburzeniami odżywiania trafia do lekarza już w stanie skrajnego wyniszczenia – kacheksji. Charakterystycznymi objawami tego stanu są utrata podskórnej tkanki tłuszczowej, sucha, łuszcząca się skóra ze zmianami troficznymi, marmurkowatość, zasinienie i oziębienie dystalnych części kończyn, meszek (*lanugo*) na skórze twarzy i tułowia, najbardziej nasilony w okolicy łędźwiowo-krzyżowej, suche, łamliwe, nadmiernie wypadające włosy, kruche, rozdławające się paznokcie, trudno gojące się rany, tendencja do wylewów podskórnych, bradykardia zatokowa, zwolniona perystaltyka jelit, zaparcia, wtórny brak miesiączki, problemy z koncentracją uwagi, osłabienie, spowolnienie psychoruchowe oraz omdlenia. Przy długotrwałym głodzeniu mogą występować obrzęki i żółcenie powłok skórnych i białkówek oczu.

Pacjenci z żarłocznością psychiczną przez długi czas utrzymują masę ciała w normie dla wieku i płci. Niejednokrotnie jedynymi objawami są zmiany zapalne przyzębia, ubytki szkliwa, próchnica zębów, wybroczyny i uszkodzenia nabłonka podniebienia, bóle brzucha spowodowane zapaleniem przełyku oraz blizny na grzbietowej powierzchni dłoni, będące wynikiem prowokowania wymiotów.

### POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

W zależności od stanu somatycznego i psychicznego pacjenta lekarz powinien rozważyć leczenie ambulatoryjne bądź na dziennym lub stacjonarnym oddziale psychiatrycznym. Na wstępnym etapie postępowania zalecane jest jednak przeprowadzenie diagnostyki na oddziale ogólnopediatrycznym w celu wykluczenia organicznych przyczyn utraty masy ciała, dokonania wnikliwej oceny

Kryteria medyczne	Kryteria psychospołeczne
BMI <3. centyla	Znacznego stopnia wycofanie się z kontaktów społecznych
Szybka utrata masy ciała, małe zużycie energii, odmowa przyjmowania płynów	Wysoki poziom krytycyzmu ze strony rodziców, dysfunkcyjne relacje w rodzinie
Powikłania ogólnomedyczne (np. hipokaliemia, zasadowica, znaczna bradykardia, <40 uderzeń/min, zaburzenia czynności trzustki lub wątroby, utraty przytomności)	Niedostępność placówek leczenia ambulatoryjnego lub niewystarczająca odpowiedź terapeutyczna na próby leczenia ambulatoryjnego
Współwystępowanie innych ciężkich zaburzeń psychicznych, np. depresji, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, zachowań autodestrukcyjnych	

Tabela 1. Wskazania do hospitalizacji młodzieży z zaburzeniami odżywiania

stopnia niedożywienia oraz wyrównania występujących zaburzeń metabolicznych. Wykluczenie przyczyn organicznych w przypadku pacjentów i rodziców zaprzeczających chorobę i nieakceptujących ustalonego rozpoznania zwiększa szanse na podjęcie przez nich terapii. Pacjentem powinien opiekować się lekarz posiadający wiedzę i doświadczenie w prowadzeniu chorych z zaburzeniami odżywiania, gdyż pacjentki te doskonale potrafią manipulować ludźmi oraz maskować swoje objawy. Wskazania do hospitalizacji stacjonarnej u chorych z zaburzeniami odżywiania przedstawia tabela 1.

Większość klinicystów jest zdania, że wielospecjalistyczne oddziały pediatryczne, których personel ma doświadczenie w leczeniu adolescentów z zaburzeniami odżywiania, to najskuteczniejsza forma terapii, która umożliwi chorym uzyskanie prawidłowej masy ciała i zasadniczą zmianę w postrzeganiu swojej sylwetki<sup>(17)</sup>. Nie ma jednak badań porównawczych oceniających skuteczność leczenia na oddziale ogólnopediatrycznym i psychiatrycznym prowadzących jednolity kompleksowy program leczenia szpitalnego młodzieży cierpiącej na zaburzenia odżywiania. Należy dodać, że procedury pediatryczne kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia utrudniają długotrwałą stacjonarną terapię z przyczyn ekonomicznych.

Ze względu na złożone uwarunkowania psychopatologiczne zaburzeń odżywiania u młodzieży leczenie chorych powinno być wielokierunkowe i wielospecjalistyczne. Terapia powinna polegać na leczeniu żywieniowym, przywróceniu prawidłowych nawyków żywieniowych, leczeniu powikłań ogólnoustrojowych, psychoterapii indywidualnej, pozwalającej pacjentowi zmienić dysfunkcyjny sposób myślenia i wzmocnić samoocенę, oraz terapii grupowej i rodzinnej.

Leczenie żywieniowe na oddziale pediatrycznym musi być prowadzone bardzo precyzyjnie, pod kontrolą podstawowych parametrów życiowych – wymaga oceny diurezy, stałego monitorowania gospodarki jonyowej organizmu oraz kontroli przyrostów masy ciała, które nie mogą przekraczać 0,1-0,4 kg/24 h. Wprowadzanie pokarmów należy rozpoczynać od połowy należytej dobowej porcji diety lekkostrawnej lub ogólnej (800-1000 kcal/dobę), stopniowo zwiększając kaloryczność posiłków o 100-150 kcal/dobę, by dojść w ten sposób do wartości docelowej 2000-2500 kcal/24 h. Te dobowe wartości kaloryczne powinny być zawarte w trzech posiłkach głównych oraz trzech przekąskach.

Zbyt gwałtowne zwiększanie objętości i kaloryczności posiłków może prowadzić do bardzo niebezpiecznego w skutkach zespołu realimentacyjnego (*refeeding syndrome*), niewydolności mięśnia sercowego, poważnych powikłań ze strony przewodu pokarmowego, takich jak zespół tętnicy krezkowej górnej, niedrożność jelit, ostre zapalenie trzustki. Podczas realimentacji należy wnikliwie analizować zgłaszane przez pacjentki objawy związane z żywieniem, tzw. „uczucie skrajnej sytości”, wynikające z opóźnionego opróżniania żołądka. W początkowym okresie leczenia, z uwagi na występujące obrzęki lub odwodnienie, wskazana jest codzienna kontrola masy ciała pacjenta, następnie pomiarów dokonuje się 1-2 razy w tygodniu. W przypadku chorych z hipofosfatemią należy unikać wlewów kroplowych z dużą zawartością glukozy oraz posiłków wysokowęglowodanowych. Niewielkie niedobory fosforanów można wyrównywać, wzbogacając dietę o ryby morskie lub niemodyfikowane mleko w proszku, większy niedobór należy wyrównywać drogą doustną. U pacjentów skrajnie wyniszczonych trzeba rozważyć częściowe żywienie parenteralne, a w przypadku całkowitej odmowy spożywania pokarmów stosować żywienie za pomocą sondy żołądkowej lub całkowite żywienie pozajelitowe<sup>(18)</sup>.

W celu uniknięcia prowokowania wymiotów przez chorych zalecany jest zakaz korzystania z toalety mniej więcej przez 30-45 minut po posiłku. Leżenie po posiłku na lewym boku zapobiega zespołowi żyły krezkowej górnej. Zarówno powyższe zasady, jak i stacjonarny tryb życia oraz zakaz wykonywania ćwiczeń fizycznych należy omówić z pacjentem bezpośrednio po przyjęciu do szpitala. Wskazane jest również wyznaczenie choremu konkretnego celu leczenia, jakim jest uzyskanie minimalnej należytej masy ciała.

## ROKOWANIE

Skuteczność leczenia zaburzeń odżywiania u młodzieży zależy od wielu czynników. Do istotnych zalicza się między innymi wczesne rozpoznanie, obraz kliniczny choroby i sytuację rodzinną<sup>(19,20)</sup>. Krytycyzm rodzicielski, w szczególności negatywne komentarze matek, stanowi silny negatywny predyktor wyników terapii<sup>(21-24)</sup>. Autorzy podkreślają, że pozytywne efekty leczenia są powiązane z dobrymi relacjami z rodzicami<sup>(25)</sup>. Wśród innych korzystnych predyktorów prognostycznych w leczeniu pacjentów z zaburzeniami odżywiania wymienia się wczesne

rozpoczęcie kompleksowej terapii oraz dobre przystosowanie społeczne adolescenta w okresie poprzedzającym zachorowanie<sup>(26,27)</sup>. U chorych z anoreksją źle rokują współwystępowanie objawów bulimicznych. Do czynników negatywnie rokujących w bulimii zalicza się współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych u chorego, utrzymywanie się niskiej masy ciała oraz wywiad obciążony chorobami psychicznymi wśród członków rodziny<sup>(28)</sup>. Według danych statystycznych 5-24% pacjentów z zaburzeniami odżywiania umiera z powodu powikłań choroby lub samobójstwa, które skutecznie popelnia 2-9% chorych<sup>(29)</sup>. Nieco więcej chorych z bulimią (62%) w porównaniu z pacjentami cierpiącymi na anoreksję (54%) ujawnia myśli suicydalne oraz próby samobójcze – odpowiednio 10% i 9%<sup>(30)</sup>.

### PODSUMOWANIE

W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby dzieci i młodzieży hospitalizowanych na oddziałach pediatrycznych z powodu zaburzeń odżywiania. Niepokojący jest fakt, że zazwyczaj trafiają do leczenia zbyt późno, niejednokrotnie w stanie skrajnego wyniszczenia. Aby temu zapobiec, lekarze placówek podstawowej opieki zdrowotnej powinni możliwie wcześniej diagnozować i szybko kierować pacjentów z zaburzeniami odżywiania do specjalistycznych ośrodków leczniczych.

### PIŚMIENNICTWO:

#### BIBLIOGRAPHY:

- Kozak A., Kozak G.: Rodzina jako środowisko powstawania i profilaktyki jadłowstrętu psychicznego (*anorexia nervosa*). Adres: [www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=85](http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=85).
- Jablów M.M.: Na bakier z jedzeniem. Anoreksja. Bulimia. Otyłość. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1993.
- Józefik B., Iniewicz G., Ulańska R.: Wzory przywiązania, samoocena i pleć psychologiczna w anoreksji i bulimii psychicznej. *Psychiatr. Pol.* 2010; 44: 665-676.
- Józefik B.: Koncepcja przywiązania a zaburzenia odżywiania się – teoria i praktyka. *Psychiatr. Pol.* 2008; 2: 157-166.
- Józefik B.: Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- Józefik B.: Epidemiologia zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B. (red.): Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
- Rajewski A.: Zaburzenia odżywiania. W: Namysłowska I. (red.): *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- Hoek H.W.: Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr. Opin. Psychiatry* 2006; 19: 389-394.
- van Son G.E., van Hoeken D., Bartelds A.I. i wsp.: Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *Int. J. Eat. Disord.* 2006; 39: 565-569.
- Makino M., Tsuboi K., Dennerstein L.: Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Med. Gen. Med.* 2004; 6: 49.
- Namysłowska I.: Gdy cierpi ciało i choruje dusza. *Charaktery* 1997; 10: 12-17.
- Ogińska-Bulik N.: Psychospołeczne przyczyny zaburzeń w odżywianiu się. *Zeszyty Naukowe WSHE* 2000; 6: 15-25.
- Tsai G.: Eating disorders in the Far East. *Eat. Weight Disord.* 2000; 5: 183-197.
- 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.
- Njenga F.G., Kangethe R.N.: Anorexia nervosa in Kenya. *East Afr. Med. J.* 2004; 81: 188-193.
- Radziwiłowicz W., Reszka N.: Zachowania autodestruktywne u dziewcząt z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. *Psychiatria* 2008; 5: 144-155.
- Herpertz-Dahlmann B., Salbach-Andrae H.: Overview of treatment modalities in adolescent anorexia nervosa. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2009; 18: 131-145.
- Nicholls D., Grindrod C.: Behavioural eating disorders. *Paediatr. Child Health* 2008; 19: 60-66.
- Vandereycken W.: Families of patients with eating disorders. W: Fairburn C.G., Brownell K.D. (red.): *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Guilford Press, Londyn 2002: 215-220.
- Józefik B.: Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006: 65-68.
- Dare C., Eisler I., Russell G.F., Szmukler G.I.: The clinical and theoretical impact of a controlled trial of family therapy in anorexia nervosa. *J. Marital Fam. Ther.* 1990; 16: 39-57.
- Szmukler G.I., Dare C.: The Maudsley Hospital study of family therapy in anorexia and bulimia nervosa. W: Woodside D.B., Shekter-Wolfson L. (red.): *Family Approaches in Treatment of Eating Disorders*. American Psychiatric Press, Waszyngton, Londyn 1991: 70-83.
- Le Grange D., Eisler I., Dare C., Hodes M.: Family criticism and self-starvation: a study of expressed emotion. *Int. J. Eat. Disord.* 1992; 14: 177-192.
- Tozzi F., Thornton L.M., Klump K. i wsp.: Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *Am. J. Psychiatry* 2005; 162: 732-740.
- Richard M.: Effective treatment of eating disorders in Europe: treatment outcome and its predictors. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2005; 13: 169-179.
- Herzog W., Rathner G., Vandereycken W.: Long-term course of anorexia nervosa. A review of the literature. W: Herzog W., Deter H.C., Vandereycken W. (red.): *The Course of Eating Disorders. Long-term Follow-up Studies of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 1992: 15-29.
- Lask B., Bryant-Waugh R. (red.): *Anorexia and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence*. Psychology Press Ltd, Hove, UK 2000.
- Abraham S., Llewellyn-Jones D.: Anoreksja, bulimia, otyłość. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.
- Abraham S., Llewellyn-Jones D.: Bulimia i anoreksja – zaburzenia odżywiania. Prószyński i S-ka, Warszawa 2001.
- Favaro A., Santonastaso P.: Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997; 95: 508-514.