

Dr Dariusz Sarzała
Uniwersytet Warmińsko–Mazurski
w Olsztynie

Anoreksja jako zagrożenie dla zdrowia oraz społecznego funkcjonowania człowieka w kontekście etiologii i profilaktyki

Wprowadzenie

Występujące współcześnie zaburzenia odżywiania stanowią szczególną kategorię zagrożeń dotyczących zdrowia człowieka. Stanowią one jednostki chorobowe, których obraz kliniczny uwzględnia objawy obejmujące wszystkie układy organizmu ludzkiego. Należą one do grupy zaburzeń psychicznych, które charakteryzują się znacznymi odchyleniami od wzorców prawidłowego, społecznie akceptowanego modelu jedzenia. W klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*) wyróżnia się cztery główne kategorie tego rodzaju zaburzeń takie jak: anoreksja psychiczna, bulimia psychiczna, zespół kompulsywnego objadania się (*binge eating syndrom*) oraz niesklasyfikowane (nieokreślone) zaburzenia odżywiania (EDNOS) - (ang. *eating disorder not otherwise specified*) (DSM-5, 2013). Wśród wymienionych zaburzeń odżywiania, z uwagi na przewlekły przebieg oraz trudne i długotrwałe leczenie, poważny problem medyczny i społeczny stanowi anoreksja psychiczna (*nervosa*) określana jako zespół chorobowy charakteryzujący się nieprawidłowymi zachowaniami żywieniowymi.

Ze względu na rozpowszechnienie się zjawiska anoreksji oraz związane z nią poważne zagrożenie dla zdrowia i życia, a także społecznego funkcjonowania, anoreksja postrzegana jest w krajach uprzemysłowionych jako jedno z najgroźniejszych przewlekłych schorzeń, które dotyczy zwłaszcza dziewcząt i kobiet we wczesnej dorosłości oraz młodych mężczyzn (Beumont, Touyz, 2003, s. 383–396; Kędra, 2011, 169-175). Problem zaburzeń odżywiania, w tym anoreksji jest wprawdzie coraz częściej poruszany w mediach i wielu publikacjach, lecz nie przekłada się to na świadomość społeczeństwa w zakresie czynników ryzyka związanych z tą chorobą oraz jej powikłań i etiologii.

W dalszej części opracowania przeprowadzona zostanie analiza dotycząca specyfiki i cech charakterystycznych anoreksji. Celem opracowania jest przedstawienie, w oparciu o istniejące dotychczas badania, anoreksji jako choroby, ze szczególnym uwzględnieniem jej przebiegu i zagrożeń dla zdrowia, a także problemów związanych ze społecznym funkcjonowaniem osób nią dotkniętych. Ponadto skoncentrowano się na etiologii anoreksji

oraz problematyce dotyczącej leczenia tej choroby, z uwzględnieniem potrzeby profilaktyki w tym zakresie.

1. Anoreksja - analiza symptomów i kryteria diagnostyczne

Przystępując do analizy podjętej problematyki rozpoczniemy od analizy pojęcia anoreksji oraz kryteriów diagnostycznych pozwalających na identyfikację tej choroby. Zwrócimy uwagę więc, że termin *anorexia nervosa* - jadłowstręt psychiczny) wywodzi się języka greckiego w którym „an” oznacza pozbawienie, brak czegoś, a słowo „orexis” możemy przetłumaczyć jako apetyt. Należy więc zaznaczyć, że połączenie tych wyrażen oznacza brak apetytu jako główną cechę anoreksji. Analiza terminu samego nie oddaje jednak w pełni specyfiki tej choroby ponieważ towarzyszy jej nie tylko brak apetytu, lecz wręcz awersja w stosunku do jedzenia (Pilecki, Józefik, Sałapa, 2012, s. 189–200).

W literaturze przedmiotu anoreksja określana jest jako zespół chorobowy przejawiający długotrwałą odmową przyjmowania pokarmów, co powoduje utratę masy ciała i często prowadzi do wyniszczenia organizmu oraz stanu zagrożenia życia, a w niektórych przypadkach nawet do śmierci (Herzog i in., 1992, s. 810-818; Ziółkowska, 2001, s. 89). Zaburzenie to charakteryzuje się spadkiem masy ciała, wywołanym świadomie i celowo oraz podtrzymywanym przez pacjenta (Strzyżewska, Krawczyński, Ignaś, 1997, s. 84-89). Anoreksji towarzyszy zazwyczaj zaburzony wizerunek własnego ciała, (Schier, 2010; Brytek-Matera, 2010) będący wynikiem przypisywania sobie nadmiernej jego masy, w sytuacji kiedy rzeczywista masa ciała jest prawidłowa lub nawet zbyt niska (DSM-5, 2013). W związku z tym osoba chora na anoreksję, pomimo odczuwania głodu, tłumi jego przejawy i w sposób drastyczny ograniczanie spożywanie pokarmów, co jest spowodowane lękiem przed przytyciem. W konsekwencji występujący lęk zamienia się w obsesję, która powoli, prowadzi do autodestrukcji (Heitzman, 2007; Gabbard, 2015).

Niezależnie bowiem od obiektywnych argumentów wskazujących na poważne wychudzenie organizmu, anorektyk postrzega siebie jako osobę zbyt grubą i ciężką, o nieatrakcyjnej i niepożądaney sylwetce. Natomiast brak identyfikacji z chorobą i zachodzące w psychice zniekształcenia nie pozwalają dokonać realnej oceny zagrożeń związanych z tego rodzaju postępowaniem. W związku z tym osoby dotknięte anoreksją nie tylko ograniczają do minimum ilość przyjmowanych kalorii i unikają spożywania posiłków, lecz także często stosują ścisłe diety i głodówki oraz wszelki inne środki umożliwiające redukcję wagi swego ciała. W konsekwencji anoreksja może przerodzić się w stan przewlekły i stać się poważnym zaburzeniem psychicznym (Katzman, 2005, s.52-59) prowadzącym nawet do samobójstwa (Sullivan, 1995, s. 1073-1074).

Ważnym zadaniem jest więc wczesne zdiagnozowanie anoreksji. Kryteria rozpoznania tego zaburzenia - według American Psychiatric Association (DSM-4) - opierały się dotychczas na współistnieniu takich elementów jak:

A – odmowa utrzymania masy ciała powyżej minimalnej, prawidłowej wagi dla wieku i wzrostu,

B – silny lęk przed przyrostem masy ciała lub otyłością, nawet w sytuacji niedowagi,

C – zaburzenia postrzegania własnej masy ciała i sylwetki, nadmierny wpływ tego postrzegania na

samoocenę lub zaprzeczanie niebezpieczeństwu wynikającemu z małej masy ciała,

D – w przypadku kobiet w okresie pokwitaniowym niewystąpienie przynajmniej 3 kolejnych cykli w terminie (APA Diagnostic Classification DSM-IV-TR).

Należy jednak zaznaczyć, że w uaktualnionym wykazie DSM-5, w odpowiedzi na zmiany związane z epidemiologią anoreksji, sformułowanie „odmowę utrzymania masy ciała powyżej minimalnej prawidłowej masy ciała” zastąpiono innym: „dążenie do utrzymania masy ciała na granicy lub poniżej masy należnej”. Ponadto zrezygnowano z punktu „D”, który uniemożliwiał rozpoznanie anoreksji u mężczyzn oraz kobiet przed okresem pokwitania, a także kobiet po menopauzie (DSM-5, 2013, *Changes: Feeding & Eating Disorders*).

Badania przeprowadzone w krajach europejskich wskazują, że anoreksja jako jedna z form odżywiania, stanowi istotny problem zdrowotny. Dlatego ważna jest właściwa diagnoza tego zaburzenia oraz profilaktyka i specjalistyczna terapia, które mogą w znacznym stopniu zmniejszyć konsekwencje zdrowotne oraz ograniczyć skalę tego zjawiska (Striegel-Moore i in., 2008).

2. Rodzaje anoreksji i przebieg choroby

Wyróżnić można dwa typy anoreksji z których każdy charakteryzuje się swoistymi objawami tj., restrykcyjny (*restricting type*) oraz typ bulimiczny z przejadaniem się (*binge-eating/purging subtype*) (Leslie i in., 2010, s. 746-751). Osoby, które permanentnie ograniczają liczbę przyjmowanych kalorii i rzadko objadają się, a następnie prowokują wymioty, są klasyfikowani do typu restrykcyjnego. W ich przypadku występują incydenty niekontrolowanego objadania się, ale nie mają miejsca zachowania związane z wydalaniem treści pokarmowych czyli wymioty lub stosowanie środków przeczyszczających. W typie anoreksji o charakterze restrykcyjnym choroba ta przejawia się zarówno w ilościowym jak i jakościowym redukowaniu posiłków. W konsekwencji może nawet zaistnieć sytuacja, że pokarm przyjmowany będzie jedynie w postaci płynów. Natomiast spożycie pokarmu w normalnej postaci doprowadzić może do chorobliwego odczucia przejedzenia oraz takiego stanu świadomości, w którym spożyty posiłek jest postrzegany jako źródło natychmiastowego wzrostu tkanki tłuszczowej. Natomiast drugi typ anoreksji określany jest jako żarłoczno-wydalający (*binge heating*) - bulimiczny. Cechami charakterystycznymi tego typu jest żarłoczność oraz regularne wykonywanie czynnościami związanych z utratą masy ciała (np. prowokowanie wymiotów, nadużywanie leków przeczyszczających, moczopędnych, stosowanie wlewów oczyszczających). Osoba dotknięta anoreksją typu

bulimicznego nie potrafi zapanować nad uczuciem głodu, w związku z czym przyjmuje znaczne ilości pokarmu, co tylko pozornie pozwala jej na obniżenie napięcia psychicznego. Następnie, kiedy tzw. „atak żarłoczności” minął, odczuwa duże poczucie winy, co sprawia, że zmusza się do pozbycia skonsumowanego jedzenia, m.in. prowokując wymioty (Leslie i in., 2010, s. 746-751).

Badacze tej problematyki twierdzą, że część pacjentów z rozpoznaną anoreksją typu restrykcyjnego narażona jest na rozwój bulimii i podkreślają, że przejście z anoreksji restrykcyjnej do anoreksji typu bulimicznego lub bulimii zazwyczaj następuje w trakcie pierwszych lat choroby (Eddy, Dorer, Franko, in., 2008, s. 245-250).

Warto jednocześnie zaznaczyć, że w środowisku dietetyków i praktyków zajmujących się zaburzeniami odżywiania występuje również, poza wyżej opisanymi, zaburzenie określane jako *ortorexia nervosa* (gr. „*orthos*” - właściwy, prawidłowy; *orexis* – apetyt, odżywianie) które nie zostało jednak ujęte w międzynarodowych klasyfikacjach chorób i zaburzeń psychicznych. Autor tego terminu Steven Bratman, określił nim rodzaj zaburzenia związanego z żywieniem, który przejawia się w wzrastającym, wręcz obsesyjnym zainteresowaniu spożywaniem tzw. „zdrowej żywności” i zaliczył je do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (Bratman, Knight, 2000). W przypadku ortoreksji może pojawiać się lęk przed żywnością przetworzoną, zawierającą tłuszcz, konserwanty bądź też inne chemiczne dodatki, a także produktami pochodzenia zwierzęcego lub innymi, subiektywnie uznanymi za niezdrowe. Natomiast definicja „zdrowej” i „niezdrowej” żywności nie pokrywa się z aktualną wiedzą żywieniową, lecz wynika z subiektywnego przekonania ortorektyka. W konsekwencji osoba dotknięta ortoreksją koncentruje się bardziej na jakości spożywanego pokarmu, aniżeli na kontroli swej masy ciała, a brak „zdrowej” żywności uniemożliwia jej spożywanie w ogóle jakiegokolwiek posiłków. W związku z tym nadmierne zaangażowanie w tego rodzaju aktywność może prowadzić do ekstremalnych postaci fiksacji, z głębokim niedożywieniem włącznie (Bratman, Knight, 2000).

Analizując przebieg anoreksji należy podkreślić, że bardzo ważnym etapem tej choroby jest pojawienie się tzw. czynnika wyzwalającego. Wśród tego rodzaju czynników możemy między innymi wymienić: okres dojrzewania, rozpoczęcie odchudzania, krytyczne uwagi otoczenia dotyczące masy ciała, przejście w kolejny etap życia lub wystąpienie sytuacji stresowych (Rajewski, 2003, s. 110-115). Anoreksja najczęściej zaczyna się od chęci korekty wyglądu zewnętrznego np. w postaci na pozór niewinnej kuracji odchudzającej bądź rozpoczęcia niekonwencjonalnego modelu żywienia. Z upływem jednak czasu dieta przechodzi w coraz bardziej restrykcyjną, a jadłospis zostaje pozbawiony ważnych grup pokarmowych. Natomiast w obawie przed zdemaskowaniem, ze strony rodziny lub przyjaciół, osoba dotknięta anoreksją zaczyna ukrywać swoje nawyki żywieniowe i ograniczania w zakresie spożywania posiłków (Borowiecka-Kluza, 2017).

Należy również podkreślić, że w początkowej fazie anoreksji, kiedy wyznaczony sobie cel (czyli redukcja tkanki tłuszczowej i masy ciała) zostaje osiągnięty osoba taka

wykazuje bardzo dużą aktywność, jest pełna energii i wyraża zadowolenie z siebie. Osiągnięcie tego celu jest dla anorektyków na tym etapie rozwoju choroby sukcesem, który motywuje ich do dalszego ograniczania kalorii w wyniku spożywania coraz mniejszych posiłków.

W dalszym przebiegu anoreksji coraz większemu zaburzeniu zaczyna ulegać postrzeganie obrazu własnego ciała. Osoba cierpiąca na anoreksję obserwując swoje ciało ma ciągle wrażenie, że występują w nim miejsca, „zbyt grube”, w których gromadzi się tkanka tłuszczowa ze spożytego wcześniej, nawet przed chwilą posiłku. Anorektycy permanentnie przekładają więc spożyte kalorie na odkładającą się, ich zdaniem, „nadmiernie” tkankę tłuszczową, pomimo znacznego już wychudzenia czy nawet poważnego wyniszczenia organizmu. Ważnym czynnikiem determinującym dalszy przebieg choroby jest ciągły „lęk przed przytyciem”, występujący niekiedy nawet po zjedzeniu minimalnej porcji posiłku. W miarę jednak upływającego czasu i pogłębiających się różnic, jakie zachodzą pomiędzy uwagami otoczenia na temat wychudzenia a zaburzonym postrzeganiem swej masy ciała przez osoby dotknięte anoreksją, zaczyna pojawiać się u nich silne uczucie osamotnienia i izolacji oraz mogą wystąpić objawy depresyjne. Ponadto wraz z postępującym niedożywieniem współwystępuje wiele zaburzeń somatycznych (Borowiecka-Kluza 2017). Niektórzy badacze tej problematyki podkreślają, że anoreksja może przebiegać w formie jednego rzutu lub przewlekle, z okresami remisji oraz nawrotów (Romer, 2004, s. 514-516).

W konsekwencji choroba ta niesie ze sobą szereg poważnych zagrożeń dla fizycznego i psychicznego zdrowia człowieka oraz jego społecznego funkcjonowania, które wymagają bardziej wnikliwego ich przedstawienia.

3. Zagrożenia związane z anoreksją

Przystępując do analizy zagrożeń związanych z występowaniem anoreksji, należy podkreślić, że choroba ta staje się źródłem licznych zaburzeń somatycznych i psychicznych, a ostatecznie prowadzi do wyniszczenia całego organizmu, a nawet śmierci. Długotrwałe niedobory i dysproporcje w dostarczaniu do organizmu niezbędnych składników pokarmowych przyczyniają się do wystąpienia wielu powikłań w poszczególnych układach i narządach. Stopień nasilenia skutków anoreksji zależy jednak od czasu trwania tej choroby i poziomu niedożywienia oraz odwodnienia organizmu do jakiego dochodzi w związku z zachowaniami żywieniowymi anorektyka. Negatywny wpływ anoreksji na zdrowie somatyczne pacjentów nie został jednak dotychczas dobrze poznany. Wśród skutków anoreksji wskazuje się najczęściej na występujące częste bóle i skurcze mięśni, osłabienie siły mięśni oraz zmiany w obrębie układu mięśniowo-kostnego. W związku z faktem, że anoreksja dotyka głównie kobiet w okresie rozwoju szczytowej masy kostnej, może ona mieć poważny wpływ na ich układ kostny (Katzman, 2005, s. :s.52-59; Rome, 2003; s. 418-426).

Natomiast powszechne zażywanie przez pacjentki z anoreksją leków zawierających estrogeny, których celem ma być zahamowanie ubytku masy kostnej, nie jest w pełni

skuteczne (Golden, i in., 2002, s. 135-143; Strokosch i in., 2006, s. 819-827) i może jednocześnie negatywnie wpływać na organizm (Sim, et al. 2010, s. 218-225).

W związku z utratą masy mięśniowej i tkanki tłuszczowej osoby chore na anoreksję mają trudność z termoregulacją ciała oraz nie tolerują wysokich i niskich temperatur. Na ich ciele pojawia się meszek (lanugo), w związku z czym skóra staje się wysuszona i nieelastyczna, a paznokcie i włosy kruche oraz łamliwe. Pojawiają się także bóle żołądka, wymioty i zaparcia. Wśród innych negatywnych skutków anoreksji możemy wymienić takie jak: zmiany chorobowe w jamie ustnej i obrzęk ślinianek, bóle gardła i nadżerki przełyku, pękające pod oczami naczynia krwionośne gwałtowny spadek wagi, uczucie zimna, wypadanie włosów, próchnica, odwodnienie, uciążliwe skurcze łydek, bóle brzucha, rany na dłoni będące wynikiem wymiotów omdlenia, kołatanie i arytmie serca (Szurowska, 2011, s. 31-32; Borowiecka-Kluza, 2017).

Następują również zmiany w obrębie układu krwionośnego oraz spadki ciśnienia krwi i tętna, anemia. Ponadto może wystąpić arytmia serca i zanik mięśnia sercowego, a także omdlenia lub zawroty głowy. Skutki anoreksji dotyczą również układu rozrodczego kobiety, ponieważ w związku z jej występowaniem zachodzą zmiany w wielkości jajników, macicy, ma miejsce zanik miesiączkowania, co może doprowadzić do niepłodności (Nowogrodzka, Piasecki 2012, s. 381-385; Bator, i in., 2011, s. 184-191).

Analizując anoreksję w kontekście związanych z nią zagrożeń należy podkreślić, że jest ona również jednym z najpoważniejszych zaburzeń psychicznych (Katzman 2005, s. 59; Sullivan 1995, s.152). Na skutek wyczerpania fizycznego, w przypadku osób cierpiących na anoreksję występują także zaburzenia koncentracji, pamięci, zdolności uczenia się, a także wahania nastrojów, depresja, bezsenność, co w konsekwencji prowadzi do wycofania się chorego z życia społecznego, i stać się źródłem konfliktów z bliskimi, a nawet myśli i prób samobójczych (Nowogrodzka, Piasecki, 2012, s. 381-385; Albisetti, 2006; Bąk-Sosnowska, 2009, s. 445-456). Anoreksji towarzyszy wiele chorób, zwłaszcza depresja, związana ze zbyt małą liczbą kalorii przyjmowanych z pożywieniem oraz niską masą ciała, która zazwyczaj ustępuje po ponownym odżywieniu (Fairburn, Harrison, 2003, s. 407-416).

Osoby chore na anoreksję są więc nie tylko narażone na różnego rodzaju zaburzenia somatyczne, będące skutkiem poważnej utraty masy ciała, ale również odczuwają konsekwencje współwystępujących zaburzeń psychicznych. W związku z tym, osoba dotknięta anoreksją doświadcza jednocześnie cierpienia fizycznego i psychicznego.

Ponadto anoreksji towarzyszy często wycofanie z kontaktów społecznych, przy czym najczęściej osoba chora na anoreksję unika interakcji „twarzą w twarz, a zwłaszcza sytuacji społecznych związanych ze spożywaniem posiłków.

W konsekwencji osoba dotknięta anoreksją często poszukuje zastępczych form zaspokajania potrzeby kontaktu społecznego, z którymi nie wiąże się konieczność wchodzenia w bezpośrednie relacje. Poszukując argumentów utwierdzających ją w przekonaniu, że wybrała słuszny styl życia, dąży do nawiązania kontaktu z osobami o podobnym sposobie funkcjonowania, na co wskazuje m.in. popularność stron

internetowych, na których zamieszczone są listy dyskusyjne dotyczące tematu anoreksji czy bulimii, a także blogi (internetowe dzienniki) lub zdjęcia nadmiernie odchudzonych sylwetek aktorek, modelek czy piosenkarek dotkniętych anoreksją (Frąckowiak, 2005, s. 182-183). Należy jednocześnie podkreślić, że w zaawansowanym stadium anoreksji dochodzi często do znacznego osłabienia organizmu, co w jeszcze większym stopniu utrudnia utrzymywanie kontaktów społecznych i pogłębia izolację. Natomiast coraz częstsze unikanie sytuacji społecznych związanych z jedzeniem, może nawet prowadzić do zupełnego wycofania się z relacji społecznych (Nowogrodzka, Pisecki, 2012, s. 382).

Należy jednocześnie podkreślić, że poza zasygnalizowanymi zagrożeniami istnieje wiele innych problemów natury psychologicznej i fizjologicznej związanych z anoreksją, których analiza przekracza ramy objętościowe niniejszego opracowania.

4. Czynniki ryzyka wystąpienia anoreksji

Etiologia anoreksji nie została jeszcze w pełni poznana. Genezę i patomechanizm zaburzeń odżywiania opisuje wiele koncepcji teoretycznych, głównie psychoanalitycznych, rozwojowych i systemowych. Należy jednocześnie zaznaczyć, że żadna z koncepcji w obrębie których prowadzone są badania dotyczące poszukiwania źródeł tej choroby, nie została ostatecznie zweryfikowana. W świetle dotychczasowych badań można jednak stwierdzić, że patogeneza anoreksji jest wieloczynnikowa.

Wśród koncepcji traktujących anoreksję jako zaburzenie wieloczynnikowe, na uwagę zasługuje zwłaszcza model, który opracował Peter David Slade, stanowiący próbę ukazania najważniejszych czynników wpływających na wystąpienie zjawiska anoreksji. W teorii tej Slade wskazuje na znaczenie wydarzeń poprzedzających wystąpienie zachowań o charakterze anorektycznym, a także ich konsekwencje występujące na poszczególnych etapach choroby. Wymienia trzy grupy przyczyn, które mają wpływ na poszczególne etapy anoreksji, takie jak: czynniki predysponujące, wyzwalające, podtrzymujące (Slade, 1982, s. 167-179).

Wśród pierwszej grupy przyczyn czyli czynników predysponujących do wystąpienia anoreksji Slade wskazuje cechy osobowościowe w postaci podatności na silne przeżywanie emocji i zaburzenie odczuwania głodu oraz ogólnego niezadowolenia z życia. W grupie tej wśród predyktorów zachowań o charakterze anorektycznym wymienia się również konflikty związane z brakiem autonomii oraz w dysfunkcyjne relacjach rodzinnych, problemy szkolne i społeczne, a także urazowe doświadczenia seksualne, a także determinanty biologiczne – specyficzna podatność, wrażliwość na doświadczanie krzywd;

Istnieje także druga grupa czynników tzw. wyzwalających do której zaliczane są sytuacje, określane jako tzw. „spustowe”, np. komentarze i nieprzychylnne uwagi rówieśników na temat wyglądu lub wagi ciała, a także identyfikacja z osobami podejmującymi kuracje odchudzające. Rolę tego rodzaju czynników mogą także pełnić ważne wydarzenia życiowe (rozwód rodziców, zmiana szkoły). Wystąpienie takich

wydarzeń stanowi szczególne zagrożenie w przypadku osób o niskiej samoocenie i dużej zależności.

Natomiast trzecia grupa czynników - „podtrzymujących” stanowią dolegliwości gastryczne i uczucie przesyty, jakie pojawiają w przypadku próby spożycia nawet niewielkich ilości posiłku. W konsekwencji prowadzą one do dalszych ograniczeń i lęku przed przytyciem, pogłębiając i pogłębiają niewłaściwie obraz własnego ciała.

W ustalaniu etiologii anoreksji dużą uwagę niektórzy autorzy przywiązują do czynników psychologicznych, wśród których wymienia się: osobowość obsesyjno-kompulsywną, osobowość histrioniczną, osobowość schizoidalną lub schizotypową bądź typu *borderline* (Mikołajczyk, Samochwaniec, 2004, s. 91–95) oraz wysoki poziom lęku i niskie poczucie własnej wartości (Bator i in., 2011, s. 184-191). Wskazuje się także na perfekcjonizm cechujący się silną potrzebą osiągnięć, oraz obsesyjnym lękiem przed porażką oraz skłonność do rywalizacji (Okoniewska, 2009, s. 109; Ziółkowska 2001). Przyczyn anoreksji upatruje się także w zaburzeniach neuroprzekaźników i neuromodulatorów oraz w predyspozycjach wrodzonych (Dobrzyńska, Rymaszewska, 2006, s. 166)

Natomiast spośród czynników środowiskowych związanych z funkcjonowaniem systemu rodzinnego wskazuje się głównie na problemy związane z fazą dorastania, sztywność relacji, nadopiekuńczość, a także uwikłanie (związane np. z rozwodem rodziców), w wyniku, którego zacierają się rolę poszczególnych członków rodziny, a także wysokie oczekiwania ze strony rodziców (Namysłowska, 2000, s. 88-91; Rajewski 2003, s. 110-115).

Istotną rolę w powstawaniu anoreksji odgrywają czynniki socjokulturowe, które związane są ze wzorcem atrakcyjności współczesnej kultury zachodniej, preferującym jako najbardziej atrakcyjny - wzorzec młodego i szczupłego ciała, co w szczególności dotyczy kobiet, a zwłaszcza dziewcząt. Zauważmy, że na przełomie XX i XXI mamy wręcz do czynienia z tzw. „dyskursem szczupłego ciała”, który jest bardzo mocno widoczny w przekazach kultury popularnej oraz obecny w świadomości społecznej (Melosik, 1996). Charakterystyczną cechą współczesnej kultury jest nadmierna dbałość o sylwetkę wyrażająca się modzie na różnego rodzaju diety, ćwiczenia (kluby fitness). W kulturze popularnej dominują zwłaszcza komunikaty odnoszące się do sposobów odżywiania,

a także kreowania i kontroli własnego ciała. W związku z tym zjawisko kompulsywnego dążenia do specyficznie rozumianego ideału urody „idealizacja szczupłej sylwetki” zaczęła odgrywać istotną rolę w systemach norm i wartości kultury masowej. Szczególną rolę odgrywają pod tym względem środki masowego przekazu promujące ideał szczupłego ciała, poprzez reklamę, modę bądź odzież. Niektórzy badacze twierdzą, że kultura masowa tworzy ciało stanowiące miejsce kontroli społecznej (Grączeska, 2009, s. 132-133). Reklamy, czasopisma i programy kierują myślenie w kategoriach: „Twoja wartość zależy od Twojego wyglądu”. Młody człowiek, podejmując próbę odpowiedzi na pytanie, „kim jestem” z mass mediów otrzymuje komunikat: „Jesteś tym, jak wyglądasz (Pieróg, 2009, s. 125-126).

Istnienie zasygnalizowanego wzorca skutkuje powszechnym dążeniem do szczupłości poprzez głodzenie się, stosowanie drastycznych diet, intensywnych ćwiczeń fizycznych, leków i parafarmaceutyków; nieodpowiednie odchudzanie się często doprowadza do wtórnego przyrostu masy ciała, co wpływa destrukcyjnie na samopoczucie psychiczne i ogólne funkcjonowanie jednostki (Wardle, Cooke, 2005, s. 421-440). Zdaniem niektórych badaczy idealizacja szczupłej sylwetki i obawa przed przytyciem jest podstawowym czynnikiem ryzyka w zaburzeniach odżywiania (Massey-Stokes, 2000, s. 335-340).

Wśród większości społeczeństwa istnieje opinia, że kobiety szczupłe, atrakcyjne odbierane są, jako bardziej utalentowane i interesujące, wrażliwsze oraz sympatyczniejsze, w związku z czym powinny stanowić wzór do naśladowania (Kubaszewska, 2009, s. 145). Istnieje również tendencja do przypisywania osobom szczupłym pozytywnych cech osobowości.

Czynnikiem, sprzyjającym anoreksji jest także okres dojrzewania. Przejście z okresu dzieciństwa w dorosłość jest etapem kryzysowym dla człowieka, który wymaga adaptacji do dużych przemian w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej (Obuchowska, 2004, s. 163-197). Następująca w tym okresie zmiana proporcji w sylwetce i przyrost masy ciała oraz osiągnięcie dojrzałości płciowej stają się często przyczyną niepokoju i związanej z tym nadmiernej koncentracji na kształcie swojej sylwetki oraz dużej troski o estetykę i higienę ciała. Pierwszymi widocznymi przejawami dojrzewania są zmiany w budowie ciała, które stopniowo konfrontują adolescenta ze swoją płciowością i seksualnością, co z kolei prowadzi do identyfikowania się z nowymi rolami społecznymi oraz powoduje przeformułowanie obrazu własnej osoby i stosunków ze światem społecznym, a zwłaszcza dominującymi wzorcami. Osobom młodym, które zostały dotknięte zaburzeniami odżywiania, często trudno jest zaakceptować zachodzące zmiany i zaadaptować się do sytuacji, w której wygląd i budowa ciała stają się przedmiotem oceny i odbiegają od dominującego ideału w związku z czym podejmują często zachowania ryzykowne w celu zmiany swej sylwetki.

W identyfikowaniu źródeł anoreksji niezbędna jest więc całościowa ocena różnych aspektów etiopatogenezy ponieważ umożliwia dobór adekwatnej formy terapii dostosowanej do indywidualnych potrzeb danej osoby, a także pomaga właściwie ukierunkować działania profilaktyczne.

5. Problem leczenia i profilaktyka

Anoreksja stanowi złożony problem medyczny nie tylko w kwestii etiopatogenezy i przebiegu tej choroby, lecz także leczenia. Istnieje niewiele popartych dowodami, danych na temat leczenia anoreksji. Wynika to przede wszystkim z niekompletnych historii chorób, które są konsekwencją braku sukcesów w leczeniu bądź rezygnacji z terapii przez samych pacjentów (Drywień, 2010, s. 342). Z uwagi na brak jednoznacznego określenia czynników ryzyka wywołujących tę chorobę, często niemożliwe jest podjęcie leczenia przyczynowego

(Lieb, Heblinger, Jacob, 2007). W leczeniu anoreksji niewielką rolę odgrywa również farmakoterapia, która wykorzystywana jest przede wszystkim w przypadkach występujących objawów psychopatologicznych, np. depresyjnych, obsesyjno-kompulsyjnych lub lękowych (Namysłowska, 2000, s. 88-91). Nie istnieją jednak potwierdzone dane dotyczące skuteczności jakichkolwiek leków, zarówno w ostrym jak i ustabilizowanym stadium anoreksji (Crow i in., 2009).

Specjaliści wskazują na potrzebę interdyscyplinarnego podejścia do problemu leczenia anoreksji, z uwzględnieniem elementów medycznych, żywieniowych, społecznych i psychologicznych. W przypadku umiarkowanego ubytku masy ciała, leczenie anoreksji powinno być podejmowane w trybie ambulatoryjnym. Natomiast do leczenia szpitalnego kierowane są osoby u których występuje bardzo niska wartość wskaźnika BMI (przekraczająca 30% utraty właściwej masy ciała), a także w przypadku stwierdzenia braku efektów leczenia ambulatoryjnego lub występowania zaburzenia elektrolitowego, układu sercowo naczyniowego, złej kondycji psychicznej (tendencje samobójcze). Hospitalizacja pozwala jednocześnie na odizolowanie chorej osoby od środowiska, w którym powstała choroba (Kiejna, Małyszczak, 2009).

W przypadku anoreksji, leczenie obejmuje psychoterapię stanowiącą podstawową formą oddziaływania, co związane jest z faktem, że choroba ta jest przede wszystkim zaburzeniem emocjonalnym oraz „terapię żywieniową”. W oddziaływaniach psycho-terapeutycznych najbardziej wskazana jest terapia behawioralna, behawioralno-poznawcza, interpersonalna, a także strategie samopomocowe (np. w formie poradników). Z kolei leczenie żywieniowe powinno opierać się na ocenie sposobu żywienia dokonanej w wyniku przeprowadzonego tzw. wywiadu żywieniowego. Przeprowadzając taki wywiad uwagę należy przede wszystkim zwrócić się na błędy w sposobie żywienia, liczbę i rodzaj posiłków, preferencje żywieniowe osoby chorej oraz członków jej rodziny, a także ważne jest uwzględnienie wszystkich zmian w sposobie żywienia, czasu ich wystąpienia, przyczyn i związku z chorobą, a także wahań masy ciała (Książyk, 2007, s. 499-503).

Proces leczenia wymaga więc współpracy całego zespołu specjalistów w skład którego powinni wchodzić: lekarz internista (zgłaszają się do niego najczęściej pacjenci w pierwszej fazie choroby), psychiatra, dietetyk, psychoterapeuta, a także w zależności od rodzaju występujących zaburzeń – kardiolog i endokrynolog (Namysłowska, 2000, s. 88-91).

Rodzaj leczenia w dużym stopniu uwarunkowany jest stopniem zaawansowania choroby, a zwłaszcza zależy od stadium wyniszczenia organizmu. W związku z tym do podstawowych celów leczenia anoreksji należy przywrócenie właściwej masy ciała, leczenie ewentualnych fizycznych konsekwencji niedożywienia, problemów psychicznych oraz działania zmierzające do wyeliminowania dysfunkcyjnego myślenia oraz zaburzonych relacji interpersonalnych (Bator i in., 2011, s. 184-191; Mehler, Krantz, Sachs, 2015). Podstawowy problem w leczeniu anoreksji dotyczy głównie braku motywacji do leczenia i współpracy z lekarzem lub terapeutą ze strony osoby dotkniętej tą chorobą.

Istotnymi czynnikami leczącymi, niezbędnymi w procesie efektywnej terapii są również oddziaływania umożliwiające w choremu poznanie samego siebie, rozładowanie napięcia emocjonalnego, uczenie nowych zachowań w odniesieniu do sytuacji lękotwórczych, budowania relacji społecznych, a także tworzenie warunków do wszechstronnego rozwoju (Styła, Jędrasik-Styła, 2009, s. 97–113).

Należy jednocześnie zaznaczyć, że w polskim prawodawstwie nie istnieją jednoznaczne uregulowania prawne pozwalające na leczenie anoreksji bez zgody pacjenta. Sytuacja taka uniemożliwia więc terapeutom zapewnienie optymalnej pomocy osobom dotkniętym anoreksją, zwłaszcza w ciężkim stadium tej choroby. Ponadto brak jest odpowiednich placówek, w których możliwe byłoby kompleksowe leczenie chorych z rozpoznaną anoreksją.

Z kolei w celu zapobiegania występowania zaburzeń odżywiania niezbędne jest jednak prowadzenie odpowiedniej profilaktyki skoncentrowanej na działaniach zmierzających do ograniczania czynników ryzyka (wewnętrznych oraz zewnętrznych). Należy także wzmacniać pozytywne zasoby osobiste (m.in. w zakresie kształtowania odpowiedniego stosunku do własnego ciała i wyglądu, właściwego żywienia, podnoszenia samooceny oraz poczucia własnej wartości), a także zasoby środowiskowe (m.in. pomoc w kształtowaniu właściwych relacji w rodzinie, w grupie rówieśniczej, inicjowaniu atrakcyjnych sposobów spędzania czasu wolnego i aktywności fizycznej).

Prowadzenie działań profilaktycznych w zakresie zaburzeń odżywiania jest szczególnie ważne zwłaszcza w przypadku dzieci i młodzieży ponieważ konsekwencje wszelkich zachowań ryzykownych występują u nich szybciej i niosą ze sobą znacznie poważniejsze skutki niż w przypadku osób dorosłych. Osobom młodym często trudno jest zaakceptować zachodzące w organizmie zmiany i zaadaptować się do sytuacji, w której wygląd i budowa ciała stają się przedmiotem oceny i odbiegają od dominującego ideału. Zaznaczymy jednocześnie, że kształtowanie postaw i wychowywanie człowieka jest zadaniem trudnym realizacja którego wymaga planowych i długofalowych systematycznych oddziaływań (Piestrzyński, 2013, s. 108).

W sferze profilaktyki ukierunkowanej na przeciwdziałanie anoreksji szczególne zadanie stoi przed rodziną i szkołą jako środowiskami wywierającymi największy wpływ na rozwój osobowości, kształtowanie własnej tożsamości, a także postaw i obrazu samego siebie. Podkreślimy również, że obok rodziny i szkoły istotną rolę w profilaktyce odgrywają mass media, które obok nasilonego reklamowania produktów żywnościowych, które niosą ze sobą ryzyko kształtowania negatywnych nawyków żywieniowych prowadzących do anoreksji, powinny rozważyć możliwość emitowania również programów dotyczących właściwego odżywiania i promowania zdrowego stylu życia. W działania profilaktyczne ukierunkowane na przeciwdziałanie anoreksji i innym zaburzeniom odżywiania powinny także angażować inne podmioty, zajmujące się nie tylko pracą z młodzieżą lecz także organizujące aktywność osób w różnym wieku (Sarzała, 2015, s. 252).

Niezbędne jest także podejmowanie działań na wielu innych płaszczyznach, np. w formie kampanii informacyjnych poruszających problematykę zaburzeń odżywiania ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży, a także rodziców i personelu medycznego. Kształtowanie świadomości społecznej w tym zakresie oraz propagowanie zdrowego stylu życia, a zwłaszcza aktywności fizycznej może przynieść najbardziej wymierne efekty zarówno w zapobieganiu zjawisku anoreksji jak i innych tego rodzaju zaburzeń.

Konkluzje

Na podstawie przeprowadzonej analizy możemy stwierdzić, że anoreksja jest zaburzeniem o skomplikowanej etiologii i złożonym obrazie klinicznym, obejmującym zarówno objawy somatyczne, jak i psychiczne. Zaburzenie to przejawia się w celowym działaniu zmierzającym przede wszystkim do ponadnormatywnej utraty masy ciała, co związane jest z lękiem przed otyłością i wywiera negatywny wpływ nie tylko na sferę somatyczną i zdrowie psychiczne, lecz także prowadzi do pogorszenia społecznego funkcjonowania człowieka, a nawet stwarza zagrożenie dla jego życia. W świetle przeprowadzonej analizy, anoreksję możemy również postrzegać jako chorobę stanowiącą złożony problem medyczny i społeczny nie tylko w aspekcie etiopatogenezy, lecz także z punktu widzenia jej przebiegu oraz możliwości leczenia.

Warto również podkreślić, że leczenie anoreksji jest procesem trudnym, przebiegającym wieloetapowo i wymaga współdziałania specjalistów z różnych dziedzin, których wspólne wieloetapowe działania mogą dopiero doprowadzić do poprawy stanu zdrowia i wyzdrowienia. Należy jednocześnie zaznaczyć, że skuteczność istniejących aktualnie metod terapii w przypadku anoreksji, nie jest jeszcze w pełni satysfakcjonująca. Terapia taka jest nie tylko długotrwała, lecz także trudno dostępna i wiąże się z wysokimi kosztami finansowymi.

Problematyka dotycząca anoreksji oraz innych zaburzeń odżywiania, a zwłaszcza ich przyczyn oraz diagnozy powinna więc stać się przedmiotem szerszego zainteresowania nie tylko na gruncie medycyny i psychologii, lecz także pedagogiki i innych dyscyplin związanych z tą problematyką. Niezbędna jest również refleksja pedagogiczna dotycząca potrzeby konstruowania modelu oddziaływań wychowawczych i profilaktycznych ukierunkowanego na kształtowanie właściwego stosunku człowieka do problemu odżywiania się i prozdrowotnego trybu życia. Należy także dążyć do opracowania takiego modelu leczenia anoreksji, który zapewni większą dostępność do terapii osobom dotkniętym tą chorobą oraz zwiększy efektywność oddziaływań w tym zakresie.

Bibliografia:

Albisetti V. (2006). *Pułapka anoreksji. Dlaczego się choruje, jak wyzdrowieć*. Kielce: Wydawnictwo Jedność.

- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM 5, Washington DC, <http://www.dsm5.org/about/pages/dsmvoverview.aspx> (dostęp: 14.12.2017).
- DSM-5, 2013, Changes: Feeding & Eating Disorders, <https://pro.psychcentral.com/dsm-5-changes-feeding-eating-disorders/004412.html> (data dostępu: 14.12.2017).
- APA Diagnostic Classification DSM-IV-TR, <https://behavenet.com/apa-diagnostic-classification-dsm-iv-tr> (data dostępu (07.12.2017).
- Bator E, Bronkowska M, Ślepecki D, Biernat J. (2011). Anoreksja – przyczyny, przebieg, leczenie. *Nowiny Lekarskie*, nr 80 (3), s.184-191.
- Bąk-Sosnowska M. (2009). Interwencja psychologiczna w zespole kompulsywnego jedzenia, *Psychiatria Polska*, nr 4, t. XLIII, s. 445–456.
- Beumont P.J.V., Touyz S.W. (2003). What kind of illness is anorexia nervosa? *European Child and Adolescent Psychiatry*; 12 (supl. 1), s. 20–24.
- Borowiecka-Kluza J. (2017). *Zaburzenia odżywiania (anoreksja i bulimia)*, <https://psychiatria.mp.pl/choroby/75618,zaburzenia-odzywiania> (dostęp: 27.12.2017).
- Bratman S., Knight D. (2000). *Health Food Junkies: Orthorexia nervosa- the health food eating disorders*. New York: Broadway Book.
- Brytek-Matera A. (2010). (Nie)świadomość doznań płynących z ciała u osób z zaburzeniami odżywiania, (w:)A. Brytek-Matera (red.), *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała*. Warszawa: Wydaw. Difin, s. s. 66-86.
- Crow S. J., Mitchell J. E., Roering J. D., Steffen K. (2009). What potential role is there for medication treatment in anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, nr 42, s. 1–8.
- Dobrzyńska E., Rymaszewska J. (2006). Jadłowstręt psychiczny - ciągłe wyzwanie dla współczesnej medycyny. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, t. 6, (4), s. 165-170.
- Drywień M. E. (2010). Zaburzenia odżywiania. *Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych*, nr 3–4 (288–289) t. 59, s. 337–344.
- Eddy K.T., Dorer D.J., Franko D.L., Tahilani K., Thompson-Brenner H., Herzog D.B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *American Journal Psychiatry*, nr 165(2), s. 245-250.
- Fairburn C.G., Harrison P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, nr 361(9355), s. 407-416.
- Frąckowiak M. (2005). Anorexia nervosa – fenomen ponowoczesnej kultury i choroba systemu, *Dylematy Współczesnych Rodzin. Roczniki Socjologii Rodziny*, t. XVI, Poznań: UAM, s. 182-183.
- Gabbard G.O. (2015). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Press Inc.
- Golden N.H., Lanzkowsky L., Schebendach J., Palestro C.J., Jacobson M.S., Shenker I.R. (2002). The effect of estrogen-progestin treatment on bone mineral density in anorexia nervosa. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, nr 15(3), s.135-143.

- Grączeska O. (2009). *Rola czynników kulturowych w powstawaniu zaburzeń odżywiania*, (W:) B. Ziółkowska (red.), *Opętanie (nie jedzeniem)*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 132-133.
- Herzog D.B., Keller M.B., Sacks N.R., Yeh C.J., Lavori P.W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, nr 31(5), s. 810-818.
- Hoek H.W, van Hoeken D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, nr 34, s. 383–396.
- Katzman D.K. (2005). Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, nr 37 (suppl), s. 52-59.
- Kędra E. (2011). Zaburzenia odżywiania – znak naszych czasów. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, nr 1(2), s. 169-175.
- Kowalczyk M., *Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej*, Impuls, Kraków 2014.
- Książek J. (2007). Antropometryczna ocena stanu odżywienia. *Standardy Medyczne*, nr 4, s. 499-503.
- Kubaszewska M. (2009). *Kobieta szczupłą każda chce być... Wpływ wzorców kulturowych na częstość zachorowań na anoreksje*, (w:) B. Ziółkowska (red.), *Opętanie (nie) jedzeniem*, Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Lieb K., Heblinger B., Jacob G. (2007). *Przypadki kliniczne z psychiatrii i psychoterapii*, red. wyd. pol. T. Zyss. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner.
- Massey-Stokes M. S. (2000). Prevention of Disordered Eating among Adolescents. *The Clearing House*, nr 73 (6), s. 335-340.
- Mehler P.S., Krantz MJ, Sachs KV. (2015). Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, nr 3: 15.
- Melosik Z. (1996). *Tożsamość, ciało i władza*. Poznań–Toruń: Wyd. Edytor.
- Mikołajczyk E., Samochwaniec J. (2004). Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania. *Psychiatria*, nr 2, s. 91–95.
- Namysłowska I. (2000). Zaburzenia Odżywiania – jadłowstręt psychiczny i bulimia. *Przewodnik Lekarza*, nr 6, s. 88-91.
- Nowogrodzka A., Piasecki B. (2012). Zaburzenie odżywiania – różnice międzypłciowe. *Nowiny Lekarskie*, nr 81 (4), s. 381-385.
- Obuchowska I. (2004). *Adolescencja*, (W:) B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*. Warszawa: PWN, s. 163-197.
- Okoniewska J. (2009). *Potrzeba perfekcjonizmu a ekspresja anorexia nervosa*. *Profilaktyka i terapia*, (w:) B. Ziółkowska (red.), *Opętani (nie) jedzeniem*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- Pieróg M. (2009). *Ciało dyscyplinowane. Wpływ kultury ponowoczesnej na powstanie anorexia nervosa*, (w:) B. Ziółkowska (red.), *Opętani (nie) jedzeniem*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Piestrzyński W. (2013). *Zajęcia – Wychowanie do życia w rodzinie w percepcji młodzieży*, (w:) M. Borkowski, M. Stańczyk – Minkiewicz, I. Ziemkiewicz – Gawlik (red.), *Edukacja dla bezpieczeństwa. Wyzwania i zagrożenia w XXI wieku, Prawo i edukacja jako gwarant bezpieczeństwa jednostki*, Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa.
- Pilecki M. W., Józefik B., Sałapa K. (2012). *Kontekst kulturowy zaburzeń odżywiania się – badania własne. Psychiatria Polska*, t. XLVI, nr 2, s.189–200.
- Rajewski A, Rajewska-Rager A. (2009). Zaburzenia odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego – rozpoznawanie i leczenie. *Family Medicine & Primary Care*, nr 11(4), s. 931-937.
- Rajewski A. (2003). Zaburzenia odżywiania się. *Przewodnik Lekarza*, nr 3 (6), s. 110-115.
- Rome E.S., Ammerman S. (2003). Medical complications of eating disorders: an update. *Journal of Adolescent Health*, nr 33(6), s. 418-426.
- Romer T.E. (2004). *Jadłowstręt psychiczny*, (w:) A. Dobrzańska, J. Ryżko (red.), *Pediatrics. Podręcznik do Państwowego Egzaminu Lekarskiego i Egzaminu Specjalizacyjnego*, Wrocław: Elsevier Urban & Partner, s. 514-516.
- Sarzała D. (2015). *Zjawisko anoreksji jako forma zaburzeń odżywiania w aspekcie bezpieczeństwa kobiet - przejawy i uwarunkowania*, (w:) M. Borkowski, A. Wesołowska (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet w XXI wieku. Wybrane problemy społeczno-prawne*. Gdańsk: Wydawnictwo Gdańskiej Szkoły Wyższej, s. 243-254.
- Schier K. (2010). *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Sim L.A, McGovern L., Elamin M.B., Swiglo, B. A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Effect on bone health of estrogen preparations in premenopausal women with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analyses. *International Journal of Eating Disorders*, nr 43(3), s. 218-225.
- Sim L.A., McAlpine DE., Grothe K.B., Himes S.M., Cockerill R.G., Clark M.M. (2010). Identification and Treatment of Eating Disorders in the Primary Care Setting. *Mayo Clinic Proceedings*, nr 85(8), s. 746-751.
- Slade P.D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, nr 21, s. 167-179.
- Strieger-Moore R. H., De Bar L., Wilson G. T., Dickerson J., Roselli F., Perrin N., Lynch F., Kraemer H.C. (2008). Health services use in eating disorders. *Psychological Medicine*, nr 38, s. 1465–1474.
- Strokosch G.R., Friedman A.J., Wu S.C., Kamin M. (2006). Effects of an oral contraceptive (norgesti- mate/ethinyl estradiol) on bone mineral density in adolescent females with anorexia nervosa: double blind, placebo-controlled study. *Journal of Adolescent Health*, nr 39(6), s. 819-827.

- Strzyżewska R., Krawczyński M, Ignas I. (1997). Anorexia i bulimia: problemy psychosomatyczne wieku dorastania. *Nowiny Lekarskie*, nr 1, s. 84-89.
- Styła R., Jędrasik-Styła M. (2009). *Co leczy w psychoterapii?* (w:) L. Grzesiuk, R. Styła (red.), *Psychoterapia bez tajemnic. Podstawowa wiedza i praktyczne wskazówki*. Warszawa: Difin, s. 97–113.
- Sullivan P.F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal Psychiatry*, nr 152 (7), s. 1073-1074.
- Szurowska B. (2011). *Anoreksja i bulimia: śmiertelne sposoby na życie*, Gdańsk: Wyd. Harmonia.
- Wardle J., Cooke L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, nr 19 (3), s. 421–440.
- Ziółkowska B. (2001). *Pamięć doświadczeń socjalizacyjnych a ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u kobiet na przełomie późnej adolescencji i wczesnej dorosłości*, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.