

## Czynniki ryzyka anoreksji

### Anorexia risk factors

JADWIGA JOŚKO, JOLANTA KAMECKA-KRUPA

Zakład Epidemiologii i Profilaktyki Zdrowia, Gómośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hlonda w Mysłowicach

Zaburzenia odżywiania stają się w dzisiejszych czasach nie tylko problemem medycznym, ale i społecznym. Wskazuje na to zarówno przegląd piśmiennictwa, jak i informacje w środkach masowego przekazu. Nasilenie występowania różnorodnych zaburzeń odżywiania, zwłaszcza jadłowstrętu psychicznego, przypada na okres adolescencji, a więc na 12-19 rok życia. Problem dotyczy przede wszystkim młodzieży szkolnej i to wobec tej grupy należy jak najszybciej wdrażać działania profilaktyczne i naprawcze. Dla właściwego postępowania w tym zakresie konieczna jest wiedza nie tylko na temat samych zaburzeń, ale również czynników sprzyjających. Do czynników ryzyka, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia anoreksji oraz innych zaburzeń odżywiania, należą m.in.: czynniki kulturowe i społeczne, czynniki indywidualne związane z cechami osobowościowymi danej osoby oraz czynniki rodzinne. Interdyscyplinarne podejście do zaburzeń odżywiania i holistyczne ujęcie działań profilaktycznych na wielu poziomach jest podstawowym gwarantem ich sukcesu.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia odżywiania, anoreksja, czynniki ryzyka

Eating disorders have become nowadays not only a medical problem, but also a social one. The observation is evident in view of both the literature survey and information found in mass media. The increasing occurrence of various eating disorders, especially anorexia nervosa, coincides with the adolescence period, i.e. the period between 12 and 19 years. The problem concerns mostly schoolchildren, and to this age group prophylactic and corrective actions should be addressed as soon as possible. An adequate activity in this field requires profound knowledge not only of eating disorders as such, but also of the contributing factors. The risk factors increasing the probability of occurrence of anorexia and other eating disorders include cultural and social factors, as well as individual ones, relating to the patient's personality traits and family conditions. A successful application of any prophylactic measures depends primarily on an interdisciplinary approach to eating disorders and a holistic interpretation of the problem.

**Key words:** eating disorders, anorexia, risk factors

© Probl Hig Epidemiol 2007, 88(3): 254-258

www.phie.pl

Nadesłano: 02.07.2007

Zakwalifikowano do druku: 15.09.2007

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

*Dr hab. n. med. Jadwiga Joško*

Zakład Epidemiologii i Profilaktyki Zdrowia, Gómośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hlonda, ul. Powstańców 19, 41-400 Mysłowice, telefax: (0-32) 225-38-73, e-mail: jjosko@slam.katowice.pl

### Czynniki ryzyka anoreksji

Do czynników ryzyka, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia anoreksji oraz innych zaburzeń odżywiania, należą m.in.: czynniki kulturowe i społeczne, czynniki indywidualne związane z cechami osobowościowymi danej osoby oraz czynniki rodzinne.

#### *Czynniki kulturowe i społeczne*

Założenie, że jeżeli będziemy dbać o swoje ciało, to zmniejszymy ryzyko zachorowania na wiele chorób, zostało obecnie rozszerzone o założenie, że jeżeli będziemy szczupli, to łatwiej znajdziemy partnera życiowego, pracę, będziemy też szczęśliwsi i osiągniemy życiowy sukces. Staramy się więc pilnować swojej wagi, zwracamy uwagę na kaloryczność potraw, unikamy tłuszczów i węglowodanów w diecie, uprawiamy ćwiczenia fizyczne. Idea „szczupłe jest

lepsze” towarzyszy nam wszędzie i wywiera w dzisiejszej kulturze wpływ już we wczesnym dzieciństwie. Współczesne dzieci, czerpiące wzorce z massmediów, oglądające reklamy telewizyjne, bombardowane są informacjami, że trzeba i wypada być szczupłym. Gdy przedszkolakom daje się do wyboru lalki o identycznych twarzach, włosach i ubraniach, ale różniące się tuszą, wszystkie wybierają lalkę szczupłą [1].

Zwrot w kierunku ideału szczupłej sylwetki zbiega się z jednoczesnym zwiększonym występowaniem nadwagi i otyłości. Procent dzieci otyłych w ciągu ostatnich dwudziestu lat uległ podwojeniu. Ocenia się, że około jedna piąta dzieci amerykańskich cierpi na nadwagę i otyłość a około połowa kobiet i 25% mężczyzn jest na diecie. Uważa się, że obecnie na świecie może być nawet miliard osób z nadwagą. Naukowcy biją na alarm i uważają, że otyłość przybrała na świecie rozmiary epidemii [1].

Jednocześnie coraz częściej mówi się o epidemii anoreksji i bulimii, zwłaszcza wśród nastolatek. Około 90% dziewcząt i kobiet w USA ogranicza jedzenie, a około 20% ma napady objadania się. Problem ten dotyczy również dzieci, gdyż około 11% 9-letnich oraz 40% 13-letnich dziewczynek stosuje diety ograniczające [2].

Jadłowstręt psychiczny staje się dzisiaj wiodącym problemem medycznym i społecznym wśród współczesnych zaburzeń odżywiania. Szacuje się, że w latach 1982-1992 liczba osób z zaburzeniami odżywiania wzrosła o połowę, z czego jedna na sto osób cierpi na anoreksję [2].

Do niedawna wydawało się, że schorzenie to dotyczy osób określonych profesji – tancerek, aktorek i modelek, gimnastyczek i dżokejów. Uważano, że wymagania zawodowe i presja środowiska na te osoby, powoduje występowanie u nich jadłowstrętu psychicznego. Dzisiaj anoreksja zagraża przede wszystkim nastolatkom, które – zgodnie z przyjętymi kanonami – przejawiają nadmierne zainteresowanie własnym ciałem i wyglądem.

Uważa się, że anoreksja występuje najczęściej w krajach wysoko rozwiniętych: USA, Kanadzie, Japonii oraz w Europie Zachodniej i wśród białej społeczności Afryki Południowej. Jednocześnie obserwowany jest obecnie wzrost występowania zaburzeń odżywiania wśród osób, które mają trudności z adaptacją do nowych warunków życia, jakie wynikają ze współczesnej migracji ludności [3]. W Polsce odnotowuje się także stały wzrost zachorowań.

Występowanie jadłowstrętu psychicznego ocenia się na 0,5% do 1% w populacji młodzieży i na 0,2% do 0,8% wśród dorosłych [3]. Zaburzenia odżywiania u osób dorosłych występują najczęściej wśród kobiet w czasie i po okresie ciąży. Pojawiają się również wśród kobiet w okresie przekwitania.

Najczęściej choroba występuje między 12 a 35 rokiem życia (r.ż.) a maksymalne nasilenie zachorowań przypada na 15-19 r.ż. Dane wskazują, że anoreksja występuje około 15 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn [3]. W większości wypadków dotyczy dziewcząt z tzw. wyższych i średnich warstw społecznych, o zaostrowym zmyśle rywalizacji, perfekcjonistkach, którym zależy na sukcesach szkolnych i pozycji społecznej. Typowa anorektyczka to dobra uczennica, której iloraz inteligencji albo znacznie przewyższa średnią albo jest rekompensowany wyczerpaną pracą. Dane wskazują, że anorektyczką jest jedna na sto wśród 12-18-letnich dziewcząt [2].

Problemy związane z zaburzeniami odżywiania mają nie tylko społeczny i kulturowy kontekst. Nie sprowadzają się tylko do kwestii pożywienia, masy i wymiarów ciała. Są nierozdzielnie związane z we-

wnętrznymi konfliktami, problemami uczuciowymi, potrzebą określenia własnej tożsamości i negatywnego obrazu własnej osoby oraz problemami związanymi z przebiegiem rozwoju psychoseksualnego. Są często również wynikiem nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu rodzinnego oraz predyspozycji biologicznych.

### *Czynniki indywidualne (osobowościowe)*

Wyodrębnienie cech indywidualnych osób z określonymi zaburzeniami odżywiania jest o tyle trudne, gdyż występują problemy z ustaleniem, które cechy były charakterystyczne dla tych osób przed wystąpieniem objawów, a które ujawniły się dopiero w wyniku choroby. Można jednak zauważyć, że niektóre cechy nasilają się wraz z rozwojem zaburzenia. Danych dostarczają przede wszystkim wyniki obserwacji nad populacjami pacjentek ze stwierdzonym już określonym zaburzeniem odżywiania, rozmowy z nimi i ich rodzinami oraz testy osobowości. Choć u wielu osób z zaburzeniami odżywiania nie występują zaburzenia osobowości, to niektóre z nich posiadają określony typ osobowości, który wyznaczony jest przez określone cechy indywidualne [4].

Anorektyczki w wielu wypadkach wykazują typ osobowości anankastycznej, upatrują zła w swojej cielesności i głodząc swoje ciało, wymierzają sobie karę. Mają też skłonności autodestrukcyjne oraz skłonności narcystyczne. Są niezadowolone ze swojego wyglądu, przejawiają zaburzenia w postrzeganiu własnego ciała z tendencją do przeceniania jego rozmiarów oraz masy ciała. Często także prowadzą styl życia zgodnie z ukształtowanymi normami moralnymi i religijnymi [5].

W dzieciństwie większość anorektyczek przywiązuje dużą wagę do własnych osiągnięć. Są inteligentne, niejednokrotnie wszechstronnie uzdolnione, sumienne, pracowite, dokładne i obowiązkowe [6]. W szkole są stawianymi za wzór prymuskami. W każdej dziedzinie życia starają się być perfekcjonistkami, jednak wielu ich działaniom towarzyszy niepewność siebie i niezadowolenie z osiągniętego celu. Mają dużą potrzebę sukcesu, ale stale pomniejszają swoje osiągnięcia.

Cechą charakterystyczną dla ich struktury „ja” jest nieadekwatna, zaniżona samoocena. Osoby o niskiej samoocenie w literaturze przedmiotu opisywane są jako nadwrażliwe, lękliwe, napięte emocjonalnie, podejrzliwe i nie ufające innym. Cechuje je negatywna postawa wobec samych siebie, nadwrażliwość na krytykę, poczucie beznadziejności. Towarzyszący im stale lęk przed niepowodzeniem, jest przyczyną niskiej motywacji ukierunkowanej na działania. Prowadzi to do poczucia bezwartościowości, braku wiary we własne siły a w sferze społecznej przeja-

wia się trudnościami w kontaktach interpersonalnych i dystansie w stosunku do innych osób. Często towarzyszy temu tendencja do uległości i wycofywania się.

Interesujący jest też związek u tych osób pomiędzy samooceną a zewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli nad otoczeniem [7]. Osoby o zewnętrznym poczuciu kontroli opisywane są jako gorzej przystosowane. Brak im wiary w możliwość wywierania wpływu na bieg zdarzeń, przyjmują bierną postawę wobec otaczającego świata, łatwiej ulegają presji otoczenia, starają się spełniać społeczne oczekiwania a efekty zadania uzależniają od losu. Każda zmiana warunków zewnętrznych, interpretowana przez taką osobę jako jej zagrażająca lub dla niej niekorzystna, może przyczynić się do wystąpienia jądłowstrętu psychicznego.

Dziewczęta z jądłowstrętem psychicznym przypisują sobie mniej cech pozytywnych, nie akceptują siebie i swego ciała. Przy dużej potrzebie osiągnięć, nigdy nie są zadowolone z uzyskanych rezultatów. Cechuje je duża niepewność i niewiara we własne możliwości. Jednocześnie są bardzo podporządkowane i uzależnione emocjonalnie od rodziców. Powoduje to, iż spostrzegają swoje życie jako kontrolowane z zewnątrz, sprawiają wrażenie, jakby stale potrzebowały tej kontroli. Swoją wewnętrzną potrzebę niezależności całkowicie przenoszą na sferę związaną z jedzeniem i jego nadmiernym ograniczaniem. Rygorystyczna dieta daje im poczucie kontroli nad swoim życiem, na tym elemencie buduje się ich poczucie wartości.

### **Czynniki rodzinne**

Specjaliści zajmujący się zaburzeniami odżywiania stwierdzają pewne ogólne prawidłowości, które dotyczą stosunków rodzinnych osób z anoreksją. Jednym z pierwszych badaczy, który opisał charakterystyczne sposoby funkcjonowania rodzin osób z jądłowstrętem, był *Salvador Minuchin*. Wyodrębnił on pięć cech takich rodzin [9]. Są to:

#### **• Usidlenie**

Ma miejsce wtedy, gdy relacje między członkami danej rodziny ulegają swoistemu zasklepieniu, ale nie tracą przy tym na swojej intensywności. Paradoksem jest, że choć wszyscy w takiej rodzinie są ze sobą silnie związani, to każdy jest przeraźliwie samotny. Wiąże ich bowiem silne poczucie lojalności, ale nie są sobie bliscy. Członkowie takiej rodziny mają poczucie, że ich zadaniem jest troszczenie się o innych członków rodziny a nie o siebie. Rodzice nadmiernie angażują się w sprawy dzieci, a dzieci często przyjmują postawę opiekuńczą wobec rodziców lub rodzeństwa. Każdy członek rodziny natrętnie ingeruje

w życie i uczucia pozostałych. Przesadne wymagania członków rodziny upośledzają prywatność i wolność jednostki. W efekcie autonomia i indywidualność oraz granice między tym, kto jest dzieckiem, a kto rodzicem, zacierają się. W rodzinach usidlonych zatracą się indywidualność a rozwój osobowości zostaje zahamowany.

#### **• Nadopiekuńczość**

W rodzinach takich wszyscy okazują sobie uczucia i chcą dla siebie jak najlepiej. Jednak panuje też przeświadczenie, że świat zewnętrzny nie jest bezpieczny i dlatego trzeba trzymać się razem, by przed tymi niebezpieczeństwami się uchronić. Efektem tego jest nadopiekuńczość rodziców, która ogranicza rozwój osobowości i samodzielność dziecka.

#### **• Sztywność**

Członkowie rodzin unikają wszelkich zmian. Tworzą sztywne, ścisłe zasady w celu zachowania swojego *status quo*. W momencie, gdy pojawia się sytuacja, która wymusza zmiany, np. zmiana szkoły czy rozwód rodziców, członkowie rodziny nie są w stanie ze zmianami sobie poradzić.

#### **• Unikanie konfliktów**

Nadrzędnym celem rodziny jest zachowanie harmonii. Dlatego otwarte wyjaśnianie problemów staje się zagrożeniem i spotyka się z dezaprobatą. O problemach członków rodziny nie mówi się lub się je ignoruje. Unika się konfliktów, które pozostają nierozwiązane.

#### **• Wciąganie dzieci w konflikt małżeński**

Rodzice nie potrafią otwarcie ze sobą rozmawiać i unikają ujawniania wszelkich konfliktów. Stopniowo w konflikt zostaje wciągnięte dziecko, które może sprzymierzać się z jednym z rodziców lub odgrywać rolę mediatora.

Inną znaczącą postacią, która zajmowała się badaniami rodzin anorektycznych była *M. Selvini Palazzoli*. Według *Palazzoli* „anorektyczny symptom pojawia się wtedy, gdy występuje znacząca liczba czynników” [9]. Pierwsza grupa tych czynników związana jest z modelem kultury zachodniej (żądanie szczupłości przy dostępnej ogromnej ilości jedzenia), druga związana jest ze sposobem, w jaki dana rodzina rozwiązuje problemy. W rodzinie takiej każdy ma tendencję do usprawiedliwiania swoich zachowań jako zgodnych z wymaganiami innych lub ogólnymi zasadami. Charakterystyczne jest odmawianie brania na siebie odpowiedzialności i obarczanie nią innych.

Prace *Webera* i *Stierlina* zwróciły uwagę na jeszcze inne elementy występujące w rodzinach z jądłowstrętem [10]. Uważają oni, że cechą charakterystyczną tych rodzin jest silna chęć bycia dobrymi rodzicami, przedkładana nad bliskość i więź małżeńską.



Czynnikiem spajającym parę jest przede wszystkim troska o dzieci i ich wychowanie. Małżonkowie kierują się głównie utrzymaniem harmonii w rodzinie, kontrolowaniem swoich uczuć i rezygnacją z tego, co indywidualne. Utrudnia to konfrontację z problemami, które pozostają nierozwiązane.

Na występowanie pewnych charakterystycznych postaw rodzicielskich dla rodzin pacjentek z jadłowstrętem zwracają uwagę A. i G. Kozak [11]. W postawach obojga rodziców podkreślają postawę odrzucającą, co może prowadzić do zaniżonej samooceny u dzieci. Rodzice odrzucający często pozostawiają dziecko w domu, ale jednocześnie nie pozwalają koleżankom i kolegom na odwiedzinę. Ojcowie zajmują się dzieckiem tylko wtedy, gdy nie są zajęci czymś innym. Matki poświęcają im mało czasu, rzadko pomagają w rozwiązywaniu ważnych spraw, udzielają mniej pochwał, okazują mniej czułości w postaci przytulania i pieśczoł. Są przeciwne niezależności dorastającej córki.

W rodzinach wielodzietnych anorektyczne siostry doświadczają więcej uczuć zazdrości a nawet są wrogo nastawione do swoich sióstr. Dodatkowo anorektyczki mają mniejszą liczbę przyjaciół i mniejszą liczbę bliskich relacji z chłopcami [12].

Na wpływ ojca w kształtowaniu się osobowości anorektycznej, cechującej się perfekcjonizmem i silną potrzebą osiągnięć, wskazuje *Apfeldorfer* [13]. Rola ojca jest znacząca przy przechodzeniu córki z dzieciństwa do wieku kobiecości, kiedy córka potrzebuje jego aprobaty. Należy też zwrócić uwagę na rolę seksualności w relacjach ojciec – córka, między innymi na lęk ojca spowodowany seksualną atrakcyjnością dojrzewającej córki. Postawa odrzucenia może się nasilać w tym okresie z powodu nieakceptowania dorastania córki i dojrzewania do roli kobiety.

W piśmiennictwie znaleźć można także poglądy o wpływie przekonań, stereotypów i wartości, które obowiązują w rodzinie anorektycznej w wyniku rodzinnych przekazów lub tradycji [14, 15]. Dotyczą one m. in. postawy rezygnacji, poświęcania się, kontroli, wymagań osiągnięć oraz poczucia sprawiedliwości, które skierowane są przede wszystkim do kobiet. Do takich przekonań można zaliczyć: „rezygnuje ten, kto jest wartościowym człowiekiem”, „ustępuje się z własnych wymagań na rzecz innych”, „należy się opanować, nie wolno pozwalać sobie na przyjemności” itd. Stwierdzenia te, podzielane przez członków rodziny, sprawiają, że rodziny anorektyczne dopasowują się do wymagań oraz norm otoczenia i reagują uczuciem wstydu i winy wówczas, gdy normy te nie są przestrzegane. Takie dopasowywanie się do panujących konwencji wiąże się z wymaganiami osiągnięć i stawianiem sobie wysokich wymagań. Rodzi-

ny anorektyczne określane są jako „sumienne”, a ich członkowie jako „porządni obywatele”. Jednak w konsekwencji prowadzi to do wyrzekania się indywidualności i autonomii u członków tych rodzin [2].

Wśród czynników rodzinnych usposabiających do zaburzeń odżywiania, badacze wymieniają również starszy wiek rodziców w momencie narodzin przyszłej anorektyczki, brak któregoś z rodziców wskutek rozwodu lub śmierci oraz choroby afektywne i otyłość.

### Model wieloczynnikowy anoreksji

Jadłowstręt psychiczny, podobnie jak pozostałe zaburzenia odżywiania, jest zaburzeniem o charakterze psychosomatycznym. Etiopatogeneza anoreksji ma charakter indywidualny i należy ją rozpatrywać w kontekście zarówno rodzinnym, jak i społeczno-kulturowym. Identyfikacja czynników ryzyka wymaga również określenia dynamiki relacji, jakie między nimi zachodzą.

Wśród koncepcji traktujących anoreksję jako wieloczynnikowe zaburzenie, na uwagę zasługuje koncepcja *Slade'a* [16]. Wskazuje ona znaczenie wydarzeń poprzedzających wystąpienie zachowań anorektycznych oraz ich konsekwencje na różnych etapach choroby. Mogą one bowiem podtrzymywać lub prowokować pętle sprzężeń zwrotnych, przesuwając jednostkę w zupełnie inną fazę choroby. *Slade* wymienia trzy grupy czynników, które mają wpływ na różne etapy anoreksji. Są to czynniki predysponujące, wyzwalające oraz podtrzymujące.

Do czynników predysponujących należą predyspozycje biologiczne, a więc cechy osobowościowe, podatność na silne przeżywanie emocji i zaburzenia odczuwania głodu oraz ogólne niezadowolenie z życia, które ma swoje źródła w konfliktach związanych z brakiem autonomii i w dysfunkcyjnych relacjach rodzinnych, problemach szkolnych i społecznych, urazowych doświadczeniach seksualnych.

Do czynników wyzwalających zaliczane są sytuacje, które określane są jako „spustowe”. Są to np. uwagi rówieśników na temat wyglądu lub wagi ciała oraz identyfikowanie się z osobami odchudzającymi się. Funkcję taką mogą również pełnić istotne wydarzenia życiowe, jak zmiana szkoły czy rozwód rodziców. Wydarzenia takie stają się zagrożeniem dla osób o dużej zależności i niskiej samoocenie. Okres dojrzewania, jako czas tak wielu zmian, jest więc szczególnie predysponującym dla wystąpienia zaburzeń odżywiania.

Czynniki podtrzymujące odgrywają znaczącą rolę w momencie wystąpienia objawów anoreksji. Należą do nich m.in. dolegliwości gastryczne i uczucie przesyty, które pojawiają się u chorych podczas

próby zjedzenia nawet niewielkich ilości jedzenia. Prowadzą więc w konsekwencji do dalszych ograniczeń i lęku przed przytyciem, pogłębiając jeszcze bardziej zaburzony obraz własnego ciała. Czynnikiem podtrzymującym będzie również poczucie satysfakcji z kontroli jedzenia i głodu.

Omówiony model wieloczynnikowy zaburzeń odżywiania jest jednym z przykładów na holistyczne

traktowanie anoreksji. W świetle piśmiennictwa wydaje się, że najlepszym podejściem dla zrozumienia zaburzeń odżywiania jest tzw. podejście systemowe, które pozwala całościowo ocenić różne aspekty etiopatogenezy i w konsekwencji dobrać różne formy terapii, w zależności od sytuacji danej osoby oraz właściwie ukierunkować działania profilaktyczne.

## Piśmiennictwo / References

1. Jablow M. Anoreksja, bulimia, otyłość. Gdańskie Wyd Psychol Gdańsk 2000.
2. Abraham S, Llewellyn-Jones D. Bulimia i anoreksja – zaburzenia odżywiania. Prószyński i S-ka Warszawa 2004.
3. Józefik B. Anoreksja i bulimia psychiczna. Wyd UJ Kraków 1999.
4. Ziółkowska B. Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji. Wyd Fundacji Humaniora Poznań 2001.
5. Siek S. Osobowość. ATK, Warszawa 1982.
6. Wolska M. Cechy indywidualne pacjentów z zaburzeniami odżywiania się. [w:] Józefik B (red.) Anoreksja i bulimia psychiczna. Wyd UJ Kraków 1999.
7. Jakubik A, Łada M. Poziom samooceny i poczucie umiejscowienia kontroli w jadłowstręcie psychicznym [w:] Siek S, Jakubik A, Grochowska A (red.) Studia z psychologii. T. IX. Wyd ATK Warszawa 1999, s. 57-72.
8. Minuchin S. Families and family therapy. Harvard University Press, Cambridge 1975.
9. Palazzoli SM. Family games. Karnac Books, London 1989.
10. Weber G, Stierlin H. In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtfamilie. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg 1991.
11. Kozak K, Kozak G. Cechy osobowości i obraz siebie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym. Roczniki Psychologiczne 2003; 6: 115-129.
12. Ułasińska R, Józefik B. Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się [w:] Jakubik B: Anoreksja i bulimia psychiczna. Wyd UJ Kraków 1999.
13. Apfeldorfer G. Anoreksja, bulimia, otyłość. Wyd Książnica 1999.
14. Ułasińska R, Józefik B. Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się [w:] Jakubik B. Anoreksja i bulimia psychiczna. Wyd UJ Kraków 1999.
15. Józefik B. Modele rodzinne a anoreksja psychiczna. Psychiatria Polska 1999; XXXIII, 6:861-875.
16. Slade PD. Towards a functional analysis of anorexia nervosa. British Journal of Clinical Psychology 1982; 21: 167-179.