

Jadłowstręt psychiczny u dorosłych kobiet

Anorexia nervosa in adult women

Jolanta Rabe-Jabłońska

Z II Kliniki Psychiatrycznej Katedry Psychiatrii AM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rabe-Jabłońska

Summary

Aim and method: The autor presents the clinical picture of anorexia nervosa and comorbidity in women with serious symptoms of anorexia nervosa (diagnosed acc. to DSM-IV), which appeared in adulthood, after the age of 25 years.

Results: Most of these patients (25–40 years old) had mild symptoms of eating disorders (restricted anorexia nervosa), from adolescence, never diagnosed and treated, had a nondisturbed somatic state and social functioning. The worsening of psychic state and full development of anorexia nervosa symptoms occurred during stressful life event (eg. avoidance by sexual partner). The majority of those patients had present and past (from adolescence) various anxiety and depressive disorders and personality disorders (obsessive – compulsive, borderline). In most of the women older than 40 years, anorexia nervosa comorbided with depressive disorders, less often with mixed, anxiety – depressive, disorders. The symptoms occurred during menopause, after loss of life-partner (separation or death). It was not established, which of these disorders appeared as the first one. The prognosis was better for the second group of those patients.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny, dorosłe kobiety, obraz, współistniejące zaburzenia, rokowanie

Key words: anorexia nervosa, adult women, clinical picture, comorbidity, prognosis

Jadłowstręt psychiczny występuje najczęściej w okresie adolescencji. Większość badaczy uważa, że pojawienie się tych zaburzeń po raz pierwszy po 30 r. ż. jest rzadkością [1, 2, 3, 4]. Z przeglądu nielicznych pozycji piśmiennictwa wynika jednak, że w ostatnich latach diagnozuje się pojedyncze przypadki tych zaburzeń odżywiania się po raz pierwszy w okresie dorosłości, a nawet w okresie menopauzy [5, 6, 7]. Nieznane są przyczyny tego zjawiska, choć istnieją pewne koncepcje wyjaśniające jego mechanizm. Niektórzy badacze uważają, że wraz z wydłużeniem się życia kobiet, czasu ich aktywności, również seksualnej, nacisk społeczny i medialny na zachowanie młodości, atrakcyjności fizycznej odgrywa istotną rolę w powstaniu tej postaci zaburzeń odżywiania się. Inni badacze wyrażają pogląd, że zaburzenia te pojawiają się u kobiet, które w okresie adolescencji cierpiały na jadłowstręt psychiczny lub miały atypowe, często nie rozpoznane i nie leczone, zaburzenia odżywiania się. Jeszcze inni sądzą, że są to osoby, które często nie mają wszystkich objawów pozwalających rozpoznać

jadłowstręt psychiczny (np. odpowiedniego spadku masy ciała, zaburzeń miesiączkowania), ale doświadczają przez lata zaburzeń przeżywania kształtów i rozmiarów swego ciała i lęku przed ich zmianą, niezgodną z przyjętym ideałem, z towarzyszącymi objawami zaburzeń osobowości, szczególnie pogranicznej [8–16].

Istnieje również przekonanie, że zaburzenia odżywiania się u kobiet starszych mają bardzo złożoną etiologię, pojawiają się zazwyczaj wraz z innymi zaburzeniami psychicznymi, najczęściej depresyjnymi, lub je maskują. Zwykle wystąpienie jadłowstrętu psychicznego po 15 r. ż. nazywa się postacią późną. Z literatury wynika, że często zdarzeniem poprzedzającym wystąpienie jego objawów u kobiet starszych jest utrata miesiączki. W kryteriach rozpoznawania tego zaburzenia w DSM–IV i ICD–10 znajduje się m.in. ten objaw, który w przypadku starszych pacjentek może mieć zupełnie niezależną etiologię. Często więc dla tej grupy wiekowej rezerwuje się określenie „atypowy jadłowstręt psychiczny” lub „podprogowy jadłowstręt psychiczny”. Brak jest wiarygodnych danych, opartych na badaniach na temat rozpowszechnienia jadłowstrętu psychicznego w tej grupie pacjentek.

Cel pracy

Celem pracy było ustalenie obrazu klinicznego, przebiegu, obecności współistniejących zaburzeń psychicznych oraz wcześniejszych (występujących w dzieciństwie lub adolescencji) zaburzeń odżywiania się lub innych zaburzeń psychicznych u pacjentek z późnym początkiem jadłowstrętu psychicznego (> 25 r. ż.).

Badane

Grupę badaną stanowiło 21 kobiet. Były to pacjentki z rozpoznaniem podstawowym jadłowstrętu psychicznego, który, jak wynikało z wywiadu, rozpoczął się u nich po 25 r. ż., w wieku 27–46 (średnia wieku= 38,24, SD= 4,27) lat, leczone ambulatoryjnie w Poradni Przyklinicznej AM w Łodzi, w gabinetach prywatnych psychiatrycznych lub hospitalizowane od 1993 do 2001 r. w II Klinice Psychiatrycznej AM w Łodzi.

Metoda

1. Diagnoza wg DSM–IV oraz szczegółowy kwestionariusz objawów celem ustalenia obrazu zaburzeń odżywiania się (typ restrykcyjny, bulimiczny)
2. Diagnoza zaburzeń współistniejących na podstawie MINI (Międzynarodowy Wywiad Neuropsychiatryczny), kryteriów DSM–IV
3. Ustrukturyzowany wywiad nt.:
 - wczesnego występowania zaburzeń odżywiania się (czas wystąpienia, zestaw objawów, przebieg, stan somatyczny, funkcjonowanie)
 - występowania w przeszłości innych zaburzeń psychicznych (jw.)
4. Analiza dokumentacji medycznej chorób (historii chorób) w przypadku pacjentek leczonych w okresie dzieciństwa i adolescencji z powodu innych zaburzeń psychicznych
5. Ankieta nt. oceny przez pacjentki ewentualnych przyczyn wystąpienia lub nasilenia się objawów jadłowstrętu psychicznego

6. Ocena obecności objawów jadłowstrętu psychicznego po roku od rozpoczęcia leczenia (wg kryteriów DSM-IV).

Analiza statystyczna wyników

Dla parametrów wyrażonych w skali nominalnej zbadano strukturę i częstość występowania danych klas. Porównanie między grupami oraz badanie zależności przeprowadzono za pomocą testu Chi². Jeśli warunki stosowania testu Chi² nie były spełnione, to w przypadku tablicy czteropolowej porównanie dwóch częstości i badanie zależności wykonano za pomocą testu dokładnego Fishera.

Wyniki

Tabela 1

Charakterystyka grupy badanej

Zmienna	Badane >25 r. \bar{x} = 40 r. \bar{s}	Badane > 41 r. \bar{x}
L	12	9
Wykształcenie Stan cywilny	wyższe -8, średnie -4 P-8, R-2, M-2	wyższe -2, średnie -5, zawodowe -2 P-1, R-4, M-2, W-2

P – panna, M – mężatka, R – rozwiedziona, W – wdowa

W grupie badanych do 40 r. ż. przeważały kobiety z wyższym wykształceniem i panny, natomiast w grupie badanych po 40 r. ż. – kobiety ze średnim wykształceniem, które były wcześniej w związkach małżeńskich i straciły partnerów z powodu rozvodu lub (rzadziej) ich śmierci.

Większość pacjentek miała w przeszłości zaburzenia psychiczne ($p < 0,05$), najczęściej

Zaburzenia psychiczne w przeszłości

Nr	Rodzaj zaburzeń psychicznych	Liczba	Frekwencja
1.	Atypowe zaburzenia odżywiania się (niepełny obraz JP restrykcyjnego)	6	0,28
2.	Lęk uogólniony	1	0,04
3.	Dysfemia	4	0,19
4.	Zaburzenia osobowości (obsesyjno-kompulsywne, pograniczna)	2	0,08
5.	Lęk społeczny	1	0,04
6.	Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne	1	0,04
Z zaburzeniami psychicznymi (często > niż z 1 diagnozą)		13	0,62
bez zaburzeń		8	0,38* różnica istotna statystycznie $p < 0,05$

JP – jadłowstręt psychiczny

ściej w okresie adolescencji przez co najmniej 3 – 4 lata (3 pacjentki) lub przez cały czas do chwili zgłoszenia się do leczenia, tzn. w okresie nasilonych objawów jadłowstrętu psychicznego, dystymię (4 osoby), różne zaburzenia lękowe, w tym lęk uogólniony, społeczny, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (w sumie 3 osoby), zaburzenia osobowości (obsesyjno-kompulsywna, pograniczna – 2 osoby) i najczęściej (6 osób) atypowe czy raczej „podprogowe” zaburzenia odżywiania się – większość objawów jadłowstrętu psychicznego bez odpowiednio dużej (zgodnie z DSM–IV) utraty masy ciała i trwałych zaburzeń miesiączkowania w postaci utraty miesiączki. Zaburzenia te nie powodowały istotnego pogorszenia się stanu somatycznego pacjentek czy też ich funkcjonowania, nie były rozpoznane i leczone. Istotą zaburzeń były utrzymujące się przez wiele lat (często ponad 10 lat) zaburzenia przeżywania kształtów i rozmiarów swego ciała, lęk przed ich zmianą na niezgodną z przyjętym ideałem, nadmierne zaabsorbowanie aktywnościami związanymi z utrzymaniem masy ciała – dieta, liczenie kalorii, częste sprawdzanie wagi, swego odbicia w lustrze, ustawiczne porównywanie się z innymi kobietami, ćwiczenia fizyczne w celu utrzymania masy ciała.

Ostatecznie u 6 pacjentek rozpoznano podprogowy jadłowstręt psychiczny, którego objawy uległy nasileniu w różnych, trudnych dla nich, sytuacjach życiowych. Ustalono również, że większość badanych – 13 osób spośród 21 – miała 2 lub 3 współistniejące zaburzenia.

Jak wynika z tabeli 3, średni wiek kobiet z wczesnym podprogowym jadłowstrętem psychicznym, którego objawy uległy nasileniu i zostały zdiagnozowane po wielu latach, był istotnie statystycznie niższy niż kobiet z prawdziwym, późnym początkiem

Średni wiek kobiet z wczesnym podprogowym jadłowstrętem psychicznym, rozwijającym się w pełni w okresie dorosłości, i z „czystym” późnym początkiem

JP wczesny podprogowy 27,2 SD=4,1	JP późny 43,7 SD=1,4	test t-czerwień p<0,05
--------------------------------------	-------------------------	---------------------------

tego zaburzenia.

Najczęściej u badanych można było postawić dwie dodatkowe diagnozy: zaburzeń depresyjnych (dystymia lub duża depresja – 5 pacjentek) i lękowych lub mieszanych: lękowo-depresyjnych (5 osób).

Zaburzenia współistniejące stwierdzono u prawie połowy badanych – 10 osób, w tym u większości z podprogowym wczesnym jadłowstrętem psychicznym o łagodnym wieloletnim przebiegu (dystymia, zaburzenia lękowe lub mieszane, zaburzenia osobowości), natomiast u badanych z prawdziwym, późnym początkiem zaburzeń odżywiania się (po 40 r. ż.) najczęściej rozpoznawano zaburzenia depresyjne lub mieszane (w tym również dużą depresję). Czysta „postać późna” wystąpiła głównie u kobiet w okresie dorosłości lub po menopauzie (średni wiek = 43,7 SD =1,4).

U wszystkich badanych stwierdzono restrykcyjny typ jadłowstrętu psychicznego. Wśród badanych kobiet większość była samotna (wśród młodszych 8/15, w przypadku kobiet starszych 1/3). Ponad połowa badanych (12 osób) łączyła wystąpienie lub nasilenie się objawów z konkretnymi wydarzeniami życiowymi, częściej czyniły to kobiety z wieloletnim podprogowym przebiegiem zaburzeń odżywiania się (10/15),

Tabela 4

Aktualnie współistniejące zaburzenia psychiczne u badanych z wczesnym początkiem i podprogowym przebiegiem i późnym początkiem jadłowstrętu psychicznego

Uspółcześnione zaburzenia	JP wczesny podprogowy >25-40 r.ż. L=15		JP późny >40 r.ż. L=6		Razem L=21	
	L	f	L	f	L	f
Dystymia	3	0,2	-	-	-	-
Duża depresja	-	-	2	0,33	2	0,09
Zaburzenia mieszane i lżejsze (lek spóźniejący uogólniony)	3	0,2	2	0,33	5	0,28
Zaburzenia osobowości	3	0,2	-	-	3	0,19

w porównaniu z drugą grupą (3/6). W przypadku grupy kobiet młodszych były to następujące wydarzenia: odejście lub zdrada partnera (3 osoby), niepowodzenia towarzyskie – niemożność poznania partnera (1 osoba), niepowodzenia w pracy zawodowej (1 osoba).

Starsze kobiety łączyły pojawienie się objawów, zarówno zaburzeń odżywiania się, jak i innych towarzyszących zaburzeń psychicznych, z pierwszymi objawami menopauzy, utratą miesiączki (w sumie 5 osób), odejściem wieloletniego partnera (rozpad związku – 1 osoba), ze śmiercią wieloletniego partnera (1 osoba). Należy dodać, że w 3 przypadkach współistniały wszystkie ww. sytuacje, choć pacjentki podawały tylko jedną z nich.

Z przeprowadzonej po roku oceny badanych wynika, że istniała istotna statystycznie różnica między grupami ($p < 0,05$) dotycząca częstości utrzymywania się objawów jadłowstrętu psychicznego. W przypadku pacjentek z I grupy (z wieloletnim podprogowym

Tabela 5

Obecność objawów jadłowstrętu po 1 roku od postawienia diagnozy (na podstawie bezpośredniego wywiadu lub odpowiedzi na pytania ankiety) u kobiet z wieloletnim podprogowym jadłowstrętem psychicznym (I grupa) i z późnym jadłowstrętem psychicznym (II

Obecność objawów JP	I grupa, L=15	II grupa, L=6	Razem
Zaburzenia obrazu ciała z odpowiednim masą ciała	8*	-	8
Bez objawów	2	5*	7
JP+duża depresja	1	1	2
JP	4*	-	4
Razem	15	6	21

JP – jadłowstręt psychiczny; * – różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$)

jadłowstrętem psychicznym – 8 osób) poprawa polegała przede wszystkim na osiągnięciu należnej masy ciała, natomiast zaburzenia obrazu własnego ciała, nadmierna aktywność związana z utrzymaniem wagi, nasilony lęk przed jej zmianą nadal były obecne u większości pacjentek; wszystkie objawy zaburzeń odżywiania się (ponadto nieodpowiednia masa ciała, utrata miesiączki) były nadal obecne u 4 badanych.

Kobiety starsze, które po raz pierwszy zachorowały na jadłowstręt psychiczny w dorosłości (II grupa), w większości uzyskały istotną poprawę i nie spełniały kryteriów rozpoznania zaburzeń odżywiania się, poza jedną, u której nie uzyskano poprawy zarówno w tym zakresie, jak i w nasileniu objawów towarzyszącej dużej depresji.

Dyskusja

W badanej grupie późny jadłowstręt psychiczny najczęściej występował u kobiet przed 40 r.ż. – u pacjentek z podprogowymi zaburzeniami odżywiania się, rozpoczynającymi się już w okresie adolescencji, ze współistniejącą dystymią i/lub zaburzeniami lękowymi w czasie trudnych sytuacji życiowych, najczęściej związanych z zagrożeniem atrakcyjności, przede wszystkim fizycznej, lękiem przed samotnością. U kobiet starszych wiązał się z problemami okresu menopauzy, lękiem przed zmianą wyglądu, utratą atrakcyjności fizycznej, z problemami w związkach z mężczyznami, utratą wieloletniego partnera. Często u tej grupy pacjentek współistniały zaburzenia depresyjne lub mieszane – lękowo-depresyjne.

Nie ustalono, jaka była kolejność pojawienia się zaburzeń (afektywnych i odżywiania się), najczęściej objawy rozwijały się równolegle i w równym stopniu się nasilały.

Rokowanie było lepsze w przypadku prawdziwego późnego jadłowstrętu. Wraz z uzyskaniem poprawy po zastosowaniu farmakoterapii i psychoterapii, w zakresie towarzyszących zaburzeń psychicznych uzyskiwano z reguły całkowitą remisję objawów. W przypadku drugiej grupy poprawa polegała u większości pacjentek na zmniejszeniu się nasilenia objawów jadłowstrętu psychicznego, natomiast zaburzenia obrazu własnego ciała utrzymywały się nadal.

Wydaje się, że prawdziwy późny jadłowstręt psychiczny różni się istotnie w zakresie przebiegu od jadłowstrętu rozpoczynającego się w typowym okresie życia. Na podstawie analizy tak nielicznej grupy badanych trudno ocenić, czy towarzyszące objawy depresyjno-lękowe są u nich częstsze niż wśród młodych pacjentek. Można jednak przypuszczać, że objawy jadłowstrętu psychicznego ściśle wiążą się z obecnością zespołów depresyjnych czy lękowych i być może są szczególną postacią tych zaburzeń.

Wnioski

1. W badanej grupie dorosłych kobiet (po 25 r. ż.), u których po raz pierwszy wystąpiły wszystkie objawy jadłowstrętu psychicznego, i postawiono takie rozpoznanie, większość stanowiły pacjentki z wieloletnim (najczęściej od okresu adolescencji) podprogowym nasileniem się objawów tego zaburzenia. Wiek tych kobiet zawierał się w przedziale 25–40 lat. Zaostrzenie się objawów i pełny ich rozwój najczęściej

miały miejsce (w ich ocenie) w czasie zachwiania się samooceny, szczególnie w zakresie atrakcyjności fizycznej. Większość badanych z tej grupy w okresie wcześniejszym i w trakcie badania miała współistniejące zaburzenia psychiczne: depresyjne, lękowe, osobowości.

2. W badanej grupie jadłowstręt psychiczny pojawił się również po raz pierwszy po 40 r. ż. u kobiet w okresie menopauzy lub w sytuacji utraty partnera życiowego, często wraz ze współistniejącymi zaburzeniami depresyjnymi.
3. Po roku większość pacjentek z wieloletnim podprogowym jadłowstrętem psychicznym, który uległ zaostrzeniu w dorosłości, nadal miała większość objawów tego zaburzenia, natomiast pacjentki z prawdziwym późnym początkiem zaburzeń odżywiania się w większości uzyskały istotną poprawę lub pełną remisję.

Ḍñčōč=lnęř' řídlęńč' ó ačđíněúó élíúči

Nřáldéríči

Ḍđlānńřāēlír ēčēč=lnęř' ēřđñčír č nńóúlnńāóřúčēl ířđóřlíc' ó élíúči, ó ēmńđúó aúđřéllíúł nčēđńěú d'ńčōč=lnęřé řídlęńčē, āčřáínnčđřáířúł nńāēřnń ēđēńldč' ē ēlcāóířđáířé ēēřnńčōčēřōčē āíēlčílē IV d'ldńēńđř, đř āēčēnú đ'ńēl 25 āřāř ēčēč.

Ā ēnnēlāřáířé āđóđ'đl ačđíněúó élíúči āíēúđ'čínāi čē íčō nńńńřāē' ēē élíúčiú n đřāđ'đřáířāúē óń' člélíčē nčēđńěšā yńāi čřáíēlāříc', đ'đřáíēčřlúlāń' ílnęřéúēří ēlń, +řúł ānlāi n đ'ldčřāř đ'řěšāāi nčđlāříc'. Āičđřń yńčō élíúči đřáí' ēń' 25–40 ēlń. Íáínnđlříēl nčēđńěšā č đ'řěřl čō đřčāčńēl +řúł ānlāi čēlēi ēlńń, ā čō nńānnālńē íōlēl, ā nčńóřōčē ířđóřlíc' đřáířālnč' nńānnālńē nřēříōlčē, ř ímālńi ā íōlēl čō óčēč=lnęřāi nńńń' íč'. Āíēüřčínńāi čnnēlāřáířúó yńē āđóđ'đ'ú ā đřířlē đ'ldčřāł č āi ādlē' čnnēlāřáříc' čřěšāřēčnú íř nńóúlnńāóřúčēl đ'ńčōč=lnęčl ířđóřlíc', nřēčl ēřē āld'đlńčāíúł, óiāčēíúł, ēē=ínnńíúł. Ḍñčōč=lnęř' řídlęńč' dlél đř' āē' ēřnú āđ'ldāúł ā đ'ldčřāł đ'ńēl 40 āřāř ēčēč, āi ādlē' ēlńđ'řōčú, ā nčńóřōčē đ'ńldē đ'řđńlđř, +řńńi n nńóúlnńāóřúčēčē āld'đlńčēāřúēč ířđóřlíc' ēē. Ḍńēl āřāř ēl=lic' āíēüřčínńāi đ'řōčlńńē n ēřāíēlńíčē đ'řāđ'đřáířāúē đ'ńčōč=lnęčē řídlęńč=lnęčē nčíāđńěšē, ēmńđúē íáńđčēń' āi ačđíněšē āičđřnńl lúł đ'đř' āē' ēř āíēlčílíúł nčēđńěú. N āđóāřē nńđříú, đ'řōčlńńē n đ'řřāčāúē đ'řčāíēē íř=řēřē ířđóřlícē đ'ēńříc', ā āíēüřčínńāł nāřlē, đ'đ'đřāčēčnú, čēč ó íčō đř' āčēřnú āēčńlēüř' dlēčńńč' ā đřāčóńl nčēđńěšā đ'ńčōč=lnęřé řídlęńčē.

Anorexia nervosa bei den erwachsenen Frauen

Zusammenfassung

Es wurden das klinische Bild und mitexistierende Störungen bei Frauen geschildert, bei denen ausdrückliche Symptome der Anorexia nervosa, diagnostiziert nach DSM-IV, nach dem 25. Lebensjahr auftraten.

In der untersuchten Gruppe der erwachsenen Frauen bildeten die Mehrheit die Frauen mit der Intensität dieser Störung, die einige Jahre dauerte, meistens seit der Adoleszenz. Das Alter dieser Frauen lag zwischen 25–40 Jahren. Die Steigerung der Symptome und ihre volle Entwicklung fanden nach ihrer Beurteilung besonders bei der Selbstbeurteilung ihrer körperlichen Attraktivität statt. Die meisten Untersuchten aus dieser Gruppe hatte in der früheren Zeit und während der Untersuchung mitexistierende psychische Störungen: Depression, Angst, Persönlichkeitsstörungen. Seltener erschien Anorexia nervosa zum ersten Mal nach dem 40. Lebensjahr bei den Frauen in der Zeit der Menopause bei dem Verlust des Lebenspartners, oft mit den mitexistierenden depressiven Störungen. Nach einem Jahr hatten die meisten Patientinnen mit der mehrjährigen Anorexia nervosa, die sich noch in der Erwachsenenzeit nach einem Jahr verstärkte, Symptome, dagegen aber erreichten die Patientinnen mit dem späten echten Beginn

der Ernährungsstörungen eine bedeutende Verbesserung oder volle Remission im Bereich der Symptome der Anorexia nervosa.

L'anorexie nerveuse des femmes adultes

Résumé

L'auteur présente l'image clinique de l'anorexie nerveuse et les troubles coexistants chez les femmes après l'âge de 25 ans diagnostiquées selon DSM-IV.

Le groupe examiné se compose de femmes de l'âge de 25–40 ans. Chez la plupart d'elles les symptômes sont d'intensité faible et ils datent de l'adolescence. Les troubles coexistants – dépressifs, anxieux, obsessifs-compulsifs sont présents chez la plupart des malades. L'anorexie nerveuse est plus rare après l'âge de 40 ans, elle apparaît pour la première fois chez les femmes pendant la ménopause et après la perte du partenaire (mort ou séparation), souvent avec les autres troubles dépressifs. Les femmes qui souffrent de l'anorexie nerveuse chronique depuis leur adolescence et qui s'aggrave pendant leur maturité ont le pronostic moins favorable que celles avec l'anorexie tardive – après un an les premières ont encore des symptômes de maladie, tandis que les secondes notent la rémission.

Piśmiennictwo

1. Bell RM. *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago Press; 1985.
2. Bruch H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books; 1973.
3. Hoek HW. *Review of the epidemiological studies of eating disorders*. Int. Rev. Psychiatry 1993; 5: 61–69.
4. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Karlan LT. *50 year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a population-based study*. Am. J. Psychiatry 1991; 148: 917–922.
5. Broberg AG, Hjalms I, Nevenon L. *Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: A comparison between 18 to 24 years old patients and normal controls*. Eur. Eat. Dis. Rev. 2001; 9,6: 381–396.
6. Halmi KA. *Basic biological overview of eating disorders*. W: Bloom FE, Kupfer DJ, red. *Psychopharmacology: the fourth generation of progress*. New York: Raven; 1995.
7. Russell GFM, Beardwood CJ. *Amenorrhea and the eating disorders: Anorexia nervosa and obesity*. Psychother. Psychosom. 1970; 18: 358–364.
8. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. *Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders*. Psychol. Med. 1994; 24: 859–867.
9. Casper RC. *Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa*. Psychosom. Med. 1990; 52: 156–167.
10. Eckert ED, Halmi KA, Marchi EP. *Ten-year follow-up of anorexia nervosa: Clinical course and outcome*. Psychol. Med. 1995; 25: 143–154.
11. Geller J, Williams KD, Srikameswaran S. *Clinician stance in the treatment of chronic eating disorders*. Eur. Eat. Dis. Rev. 2001; 9,6: 365–373.
12. Halmi KA, Eckert E, Marchi EP, Sampugnaro R, Apple R, Cohen J. *Comorbidity of psychiatric diagnosis in anorexia nervosa*. Arch. Gen. Psychiatry 1991; 48: 712–721.
13. Halmi KA. *Comorbidity of the eating disorders*. W: Jimmerson D, Kaye W, red. *Bailliere's Clinical Psychiatry Series*. London: Bailliere Tindall; 1997.
14. Herzog DB, Keller MB, Lavori PW, Kenny GM, Sacks NR. *The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders*. J. Clin. Psychiatry 1992; 53: 147–152.

15. North C, Gowers S. *Anorexia nervosa, psychopathology, outcome*. Int. J. Eat. Disord. 1999; 26: 386–391.
16. Ratanasuriva RH, Eisler J, Szukler GI, Russell GT. *Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years*. Brit. J. Psychiatry 1991; 158: 495–502.
17. Steinhausen HC, Rauss-Mason C, Seidel R. *Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcome research*. Psychol. Med. 1991; 21: 447–454.

Otrzymano: 18.04.2002

Zrecenzowano: 17.07.2002

Przyjęto do druku: 27.09.2002

Adres: II Klinika Psychiatryczna Katedry Psychiatrii
AM
92-213 Łódź
ul. Czechosłowacka 8/10

