

Cechy kształtującej się osobowości u dzieci chorujących na jadłowstręt psychiczny

Characteristics of the forming personality in children suffering from anorexia nervosa

Izabela Ł u c k a , Aleksandra Cebella

Z Kliniki Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wiekui Podeszłego
AM w Gdańsku
Kierownik: prof. dr hab. n. med. L. Bidzan

Summary

Aim: The evaluation of forming personality in 30 children (27 girls and 3 boys) suffering from anorexia nervosa (average age – 13,5).

Method: Anamnesis from patients and their parents, clinical observation, psychiatric investigation, psychological investigation with use of following methods: The Thematic Apperception Test, Colourful Pyramids Test, The House–The Tree–The Man Test.

Results: After the conducted investigation and observation, the characteristics of the forming incorrect personality were observed in 80% of examined children. According to DSM IV classification, in 50% – from the cluster C, and in 30% cases – the cluster B. According to ICD-10 classification: 26.6% attributes of dependent personality, 16.6% – histrionic personality, 13.3% avoiding personality, 10% – anancastic personality, 6.7% borderline personality and 6.7% dissocial personality.

Conclusions: There is predominating opinion in literature, connecting restrictive type of psychical anorexia, with disorders of personality of anxiety type – the cluster C, and the figure bulimic – with personality the cluster B. Those results were confirmed with statistical significance in the conducted examinations.

Słowa kluczowe: osobowość, jadłowstręt psychiczny, dzieci

Key words: personality, anorexia nervosa, children

Wstęp

Osobowość, według definicji A. Bilikiewicza [1], to indywidualny zespół dyspozycji psychicznych (uczuciowych, wolicjonalnych, charakterologicznych i intelektualnych), pozostających w ścisłym związku z budową fizyczną, podlegający rozwojowi i zmianom zdeterminowanym czynnikami dziedziczno-konstytucyjnymi,

psychologicznymi i wychowawczo-środowiskowymi (kulturowymi). Prawidłowy rozwój osobowości zależy od:

- 1) genotypu, wytyczającego pierwotny kierunek rozwoju psychiki;
- 2) zdrowego, nie uszkodzonego i prawidłowo rozwijającego się podłoża neuroanatomicznego;
- 3) odpowiednich czynników socjalno-pedagogicznych i kulturowych, działających na człowieka od wczesnego dzieciństwa.

Mianem zaburzeń osobowości nazywa się utrwalone, rozwijające się od wczesnego wieku (początek w okresie późnego dzieciństwa lub w wieku młodzieńczym), dezadaptacyjne wzorce wewnętrznego przeżywania oraz zachowania społecznego – prowadzące do indywidualnego cierpienia lub konfliktów interpersonalnych, albo do obu tych następstw [2, 3].

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w klasyfikacji DSM-IV [4] podzieliło zaburzenia osobowości na trzy podgrupy, tak zwane wiązki. Scharakteryzowano je następująco:

Wiązka A

Odmiana przejawiająca znaczne trudności w zakresie ekspresji i komunikacji, sprawiająca wrażenie niezwyklej lub ekscentrycznej, obejmująca osobowość paranoiczną, schizoidalną i schizotypową.

Wyróżnia się stosowaniem, w sytuacjach trudnych, mechanizmów obronnych typu projekcji, fantazjowania. Może wykazywać skłonność do myślenia psychotycznego.

Wiązka B

Odmiana prezentująca znaczne nieuporządkowanie emocji, które wyraża się zachowaniami o cechach dramatycznych, zmiennych lub chaotycznych, obejmująca osobowość dysocjalną, impulsywną, pograniczną, histrioniczną i narcystyczną.

Cechuje się stosowaniem, w sytuacjach trudnych, mechanizmów obronnych o typie dysocjacji, zaprzeczania, rozszczepienia i acting out.

Podkreśla się częste występowanie w tej grupie nieprawidłowych osobowości zaburzeń nastroju oraz – w przypadku osobowości histrionicznej – zaburzeń somatyzacyjnych.

Wiązka C

Odmiana wyróżniająca się znaczną lękliwością i bojaźliwością, silnie upośledzającą skuteczność i kompetencje społeczne. Zaliczono tutaj osobowość lęklivą/unikającą, zależną, anankastyczną, (obsesyjno-kompulsywną). Charakteryzuje się stosowaniem, w sytuacjach trudnych, mechanizmów obronnych typu izolacji, biernej agresji i hipochondryzacji.

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, ICD-10 [5], wyróżnia (nie grupując w szersze skupiska) następujące typy nieprawidłowych osobowości: paranoiczną; schizoidalną; dysocjalną, chwiejną emocjonalnie o typie impulsywnym oraz o typie z pogranicza (borderline), histrioniczną, anankastyczną; lęklivą (unikającą), zależną; a także inne zaburzenia osobowości.

Wymienione powyżej typy osobowości z pewnością są przydatne w całościowym opisie człowieka dorosłego, oddają w stopniu zadowalającym jego generalny sposób zachowania i funkcjonowania. W przypadku dzieci i młodzieży zwykle jednak okazują się niewystarczające, nie obejmują bowiem zmian wpisanych bezpośrednio w dynamikę okresu rozwojowego. W odniesieniu do tak młodych osób mówimy raczej o kształtujących się cechach osobowości niż o jej ściśle określonych i zdefiniowanych typach.

Przegląd piśmiennictwa zajmującego się problematyką jadłowstrętu psychicznego i towarzyszących tej chorobie zaburzeń osobowości podaje częstość ich współwystępowania w zakresie od 17 do 80% badanych.

Lesser i wsp. (1960 r.) opisywali występowanie jadłowstrętu u 53% osób osobowości histerycznej, u 27% – anankastycznej, a u 20% – schizoidalnej [za: 6].

Meyer (1961 r.) rozpoznawał u 75% chorych na jadłowstręt osobowość anankastyczną, u 15% – histeryczną, także u 15% – schizoidalną [za: 6].

Beumont i wsp. (1976 r.) wśród pacjentów cierpiących na restrykcyjną postać jadłowstrętu opisywał u 6% osobowość histeryczną, a u 76% osobowość anankastyczną. Wśród osób z odmianą bulimiczną osobowość histeryczna występowała u 50%, a anankastyczna u 57% [za: 6].

Cantwell i wsp. (1977 r.) w przedstawianej przez siebie grupie stwierdzali u 18% badanych cechy nieprawidłowej osobowości. U 9% – była to osobowość antysocjalna, u 6% – anankastyczna, a u 3% schizoidalna [za: 7].

Hall i wsp. (1984 r.) zaburzenia osobowości rozpoznawał u 2% osób chorujących na jadłowstręt [za: 8].

Tolstrup i wsp. (1985 r.) u 3% pacjentów stwierdzali osobowość typu borderline, a u 1% – inne zaburzenia charakteru [za: 8].

Herzog i wsp. (1992 r.) zaburzenia osobowości opisywali u 27% osób z zaburzeniami odżywiania się, w tym u 9% osobowość unikającą, u 6% – zależną, u 5% – pograniczną, u 5% obsesyjno-kompulsywną, i także u 5% – histrioniczną [za: 9].

Jakubczyk i Żechowski (1996 r.) szeroko analizują anoreksję jako manifestację tworzącej się osobowości pogranicznej, ze wszelkimi przypisanymi jej atrybutami [10].

Rosenvinge i wsp. (2000 r.), w metaanalizie 28 badań pochodzących z lat 1983–1998, opisują częstsze występowanie zaburzeń osobowości u chorujących na zaburzenia odżywiania się w porównaniu z grupą kontrolną. Zauważają ponadto, iż w porównaniu z anorektykami cierpiący na bulimię psychiczną prezentują częściej zaburzenia osobowości z zakresu wiązki B, w tym typu borderline, nie wykazują natomiast różnicy pomiędzy chorującymi na jadłowstręt i bulimię psychiczną w przypadku współwystępowania zaburzeń osobowości wiązki C [11].

Westen i wsp. (2001 r.), w swoich badaniach opartych na obserwacjach poczynionych przez doświadczonych psychiatrów i psychologów, stwierdzili, że pacjenci cierpiący na anoreksję nerwową o typie restrykcyjnym charakteryzują się częstszym występowaniem osobowości typu schizoidalnego i obsesyjno-kompulsywnego, osoby o typie bulimicznym – osobowości pogranicznej [za: 12].

Ważnego podsumowania danych zawartych w piśmiennictwie poświęconym współwystępowaniu zaburzeń odżywiania się i zaburzeń osobowości dokonał Wonderlich

[za: 9] stwierdzając m.in., iż:

- 1) u 23–80% chorych na jadłowstręt psychiczny występują cechy zaburzeń osobowości;
- 2) istnieje zależność pomiędzy typem zaburzeń odżywiania się a typem zaburzeń osobowości: u osób cierpiących na restrykcyjną postać anoreksji częściej obserwuje się zaburzenia osobowości typu lękowego, a u tych z odmianą bulimiczną – zaburzenia osobowości ze skłonnością do teatralności, nadmiernego reagowania emocjonalnego, niestałości;
- 3) istnieje zależność pomiędzy rokowaniem w zaburzeniach odżywiania się a typem osobowości, rokowanie u osób z osobowością pograniczną jest gorsze.

Z uwagi na niezbyt liczne doniesienia zajmujące się analizą cech osobowości dzieci chorujących na jadłowstręt psychiczny autorzy podjęli próbę zgłębienia tego tematu.

Cel pracy

Celem pracy była ocena cech kształtującej się osobowości w badanej grupie dzieci chorujących na jadłowstręt psychiczny wraz z próbą ustalenia, jaki wpływ na ich ujawnianie się mają uwarunkowania osobnicze i środowiskowe (ze szczególnym uwzględnieniem rodziny).

Osoby badane

Badaniami objęto 30 dzieci, w tym 27 dziewcząt i 3 chłopców, w wieku od 10 do 15,8 roku (średnia wieku 13,5 roku), cierpiących na jadłowstręt psychiczny.

Hospitalizowanych na Oddziale Dziecięco-Młodzieżowym Kliniki Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Akademii Medycznej w Gdańsku było 21 osób, 6 dzieci było konsultowanych w czasie leczenia stacjonarnego na oddziałach dziecięcych innych szpitali (w tym: czworo na Oddziale Endokrynologii Dziecięcej AM w Gdańsku, dwoje – w Wojewódzkim Zespole Reumatologicznym w Sopocie), a troje badanych objętych było opieką ambulatoryjną Poradni Zdrowia Psychicznego.

U wszystkich badanych był to pierwszy epizod choroby zasadniczej.

Rozpoznanie jadłowstrętu psychicznego ustalono na podstawie kryteriów diagnostycznych zawartych w *Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych*, rewizji dziesiątej, z uwzględnieniem, wyodrębnionych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w klasyfikacji DSM-IV, postaci restrykcyjnej i bulimicznej anoreksji nerwowej.

Metody badawcze

Zastosowano następujące metody diagnostyczne: wywiad uzyskany od pacjentów oraz ich rodziców, obserwacja kliniczna, badanie psychiatryczne, badanie psychologiczne z użyciem następujących metod: test apercepcji tematycznej, test barwnych

piramid, test dom–drzewo–człowiek.

Prezentacja i omówienie wyników

Ze względu na młody wiek badanych pacjentów zdecydowano się łączyć stwierdzone nieprawidłowe cechy osobowości w szersze skupiska – wiązki, zgodnie z klasyfikacją DSM-IV.

Na podstawie przeprowadzonych badań i obserwacji cechy nieprawidłowo kształtującej się osobowości stwierdzono u 80% badanych. W 50% były to cechy osobowości z wiązki C, a w 30% przypadków – wiązki B.

W przytoczonym we wstępie przeglądzie literatury zajmującej się omawianą problematyką autorzy często posługują się terminologią klasyfikacji ICD-10. W związku z tym podjęliśmy próbę zakwalifikowania kształtujących się cech osobowości dzieci także w ramach tych wąskich kryteriów. Celem tego działania było ewentualne podjęcie dyskusji ze spostrzeżeniami zawartymi w przytaczanych doniesieniach. Należy podkreślić, że z uwagi na młody wiek badanych jest to próba wysoce teoretyczna, do jej wyników zaś należy podchodzić z rozwagą.

W ramach klasyfikacji ICD-10, u 26,6% dzieci występowały cechy osobowości zależnej, u 16,6% – histrionicznej, u 13,3% – unikającej, u 10% – anankastycznej, u 6,7% – dyssocjalnej i u 6,7% – borderline.

Zaburzenia osobowości są najczęściej opisywanymi zaburzeniami współwystępującymi z jądłowstrętem psychicznym [6–11, 13–25]. W piśmiennictwie dominuje pogląd wiążący typ restrykcyjny jądłowstrętu psychicznego z zaburzeniami osobowości typu lękowego – wiązki C, a postać bulimiczną – z osobowością wiązki B [24].

W przeprowadzonych badaniach tezę tę potwierdzono w statystycznie znamiennej sposób (M-L Chi², p<0,05).

Analiza uzyskanych w trakcie badania informacji pozwoliła również na poczynienie poniższych spostrzeżeń:

Wszystkie dzieci, które w przeszłości doznały cięższych urazów głowy, pod pojęciem których rozumiemy urazy z utratą przytomności, bólami, zawrotami głowy z towarzyszącymi nudnościami, miały cechy nieprawidłowo kształtującej się osobowości.

Wśród badanych dzieci, prezentujących cechy kształtującej się osobowości wiązki B, stwierdzano istotnie częstsze występowanie zaburzeń lękowych podczas badania.

Dzieci badane, zgłaszające trudności szkolne miały cechy nieprawidłowo kształtującej się osobowości (wiązki B – w 75%, wiązki C – w 25%).

Badane dziewczęta, które według informacji rodziny przejęły rolę matki, w 100% prezentowały cechy osobowości wiązki C (M-L Chi², p<0,04).

Dzieci wychowywane w rodzinach stosujących przemoc ujawniały cechy nieprawidłowo kształtującej się osobowości (M-L Chi², p<0,03). Podobną zależność obserwujemy w rodzinach z problemem alkoholowym.

Wszystkie osoby, prezentujące prawidłowo rozwijające się cechy osobowości, były określane jako aktywne (M-L Chi², p<0,02), towarzyskie (Pearson Chi², p<0,03), akceptowane w gronie rówieśniczym (M-L Chi², p<0,03). Miały one maksymalnie dwoje rodzeństwa. Rozwijały się w rodzinach nie obciążonych patologiami społecz-

nymi, których sytuacja socjalno-bytowa oceniana była jako dobra. Potwierdza to przekonanie o konieczności (obok zdrowego osobniczego podłoża konstytucyjnego) zapewnienia odpowiednich warunków środowiskowych dla prawidłowego rozwoju osobowości człowieka [2, 9].

Dzieci z cechami prawidłowo kształtującej się osobowości szybciej podejmowały leczenie choroby zasadniczej ($p < 0,02$); być może pozostawały one w lepszym kontakcie z rodzicami, którzy prędzej dostrzegali problem i podejmowali stosowne kroki, a może łatwiej ulegały prośbom swoich opiekunów, czujących swą bezradność wobec choroby zasadniczej.

×īdñū òīdēčđōtūlén· ēč·īññč ó āīñlé n īldāīē rīdļēñčlé

Ņīāīdčrīēl

Ōīēū: Čřāřīčlē đřāīñū āūēř īōļēř òīdēčđōtūlén· ēč·īññč ó 30 āīñlé (ñđlāīčē āīčđřñ – 13,5 āīř), ā ññē ·čñēl 27 ālāī·ļē č 3 ēřēū·čēīā n īldāīē rīdļēñčlé.

Mīñā: Đđēlīlīū ñēlāōtūēl āčřāīññč·ļņēčl ēļñīāū: řīřēīļ, đřēō·ļīūē īñ đřōčlīñā č čō đāčñlēlē, ēēčīč·ļņēīl īřāēťāļīčl, đñčōīēīāč·ļņēčl čññēlāīřīč· n đđēlīlīčlē ñēlāōtūčō ēļñīāī; ñlññ ñlēřñč·ļņēlē řđīđōīđ·ōčč, ñlññ ōālñīūō đ·čđřēčā, ñlññ āīē–āīđlāī–·lēīāļ.

Đļčōēūñřñū: Īř īññīřīčč đđīālāļīūō čññēlāīřīčē č īřāēťāļīčē ·īdñū đřñīēīāč·ļņēč òīdēčđōtūlén· ēč·īññč īāīřđōčlīū ó 80% čññēlāīřīūō. Đī ēřřñčōčēřōčč ĀŅĒ-IV ā 50% īñēl·ļīū ·īdñū ēč·īññč čč ñā·čēč Ņ, ř ā 30% ñēō·řlā – ñā·čēč Ā. Ā đřēēřō ēēřñčōčēřōčč ĪŅĐ10 ó 26,6% āīñlé đđčñōññāīāřēč ·īdñū čř·āčñčēīē ēč·īññč, ó 16,6% – čññčīīč·ļņēlē, ó 13,3% – ččālāřtūlē, ó 10% – řīřīēřññč·ļņēlē, ó 6,7% – āčññīđčīīñē č ó 6,7% – đřāđřīč·īē. Īļlāōīāčēī đřā·īdēīōñū, ·ñī āāčāō ēīēīāīāī āīčđřñř čññēlāīřīūō yñř đđīār ·āē·īññ· ñēčřēīē ñlīđlñč·ļņēlē, ř Ī, đļčōēūñřñū īļlāōīāčēī īōļīčāřñū ī·ļīū īññīđčīē.

Ā ēčñlđřñđl āīēčīčđōlñ ēlīčl, ñā·čūārťūlī đlññđōēñčāīūē ñčđ·īldāīē rīdļēñčč n īřđōřlīč·ēč ēč·īññč òīāčēīāī ñčđř – ñā·čēč Ņ, ř āōēčēč·ļņēōť òīđēō n ēč·īññūť ñā·čēč Ā. Ā đđīālāļīūō čññēlāīřīč· ó yñř ñļčř đřāñāīđčāļīř ā ññřñčñč·ļņēč čř·čēūē ñđñīā.

Eigenschaften der sich gestaltenden Persönlichkeit bei den an Anorexia nervosa kranken Kindern

Zusammenfassung

Das Ziel der Arbeit war die Beurteilung der sich gestaltenden Persönlichkeit bei 30 Kindern (Durchschnittsalter 13,5), darunter bei 27 Mädchen und 3 Jungen, die an Anorexia nervosa krank waren.

Es wurden folgende diagnostische Methoden angewandt: Anamnese der Patienten und ihrer Eltern, klinische Beobachtung, psychiatrische Untersuchung, psychologische Untersuchung mit Hilfe von folgenden Mitteln: Test der thematischen Aperzeption, Test der bunten Pyramiden, Test Haus – Baum – Mensch.

Aufgrund der durchgeführten Studie wurden bei 80% der Untersuchten die Eigenschaften einer sich nicht richtig gestaltenden Persönlichkeit festgestellt. Nach der DSM IV Klassifizierung waren es in 50% der Eigenschaften vom Bündel C, und in 30% der Fälle – Bündel B. Nach der ICD-10 Klassifizierung traten bei 26,6% der Kinder die Eigenschaften einer abhängigen Persönlichkeit auf, bei 16,6% – einer histrionischen, bei 13,3% – einer meidenden, bei 10% – einer anankastischen, bei 6,7 – einer dissozialen und bei 6,7% – Borderline. Es soll betont werden, dass es im Hilblick auf das Alter der Untersuchten eine rein theoretische Probe ist.

In der Literatur herrscht die Ansicht, die den restriktiven Typ der Anorexia nervosa mit den Persönlichkeitsstörungen (Angsttyp), Bündel C, verbindet, und die bulimische Gestalt mit

der Persönlichkeit vom Bündel B. In der durchgeführten Studie wurde diese These statistisch bedeutend bestätigt.

Les caractéristiques de la personnalité en formation des enfants souffrant de l'anorexie nerveuse

Résumé

Objectif: Évaluer la personnalité en formation des 30 enfants (âge moyen – 13,5) dont 27 filles et 3 garçons souffrant de l'anorexie nerveuse.

Méthode: Enquête des patients et de leurs parents, observation clinique, examen psychiatrique, examen psychologique (à l'aide de: The Thematic Apperception Test, Colourful Pyramids Test, The House-The Tree-The Man Test).

Résultats: En basant sur les examens et les observations on trouve les traits de la personnalité incorrecte chez 80% de personnes examinées. D'après la classification de DSM IV 50% ce sont les traits du faisceau C, 30% – du faisceau B. D'après la classification ICD-10, chez 26,6% d'enfants on note les traits de la personnalité dépendante, chez 16,6% – histrionique, chez 13,3% – fuyante, chez 10% – anancastique, chez 6,7% – dyssociale, chez 6,7% – borderline. Il faut souligner que cette analyse est très théorique à cause de l'âge des personnes examinées et il faut la traiter avec la réflexion.

Conclusion: Dans la littérature en question l'opinion dominante lie le type restrictif de l'anorexie nerveuse avec les troubles anxieux de la personnalité – faisceau C, et le type bulimique – avec les traits du faisceau B. Ces recherches attestent cette opinion d'une manière significative statistiquement.

Piśmiennictwo

1. Bilikiewicz A, red. *Psychiatria*. Warszawa: PZWL; 1992, s. 83–89.
2. Jakubik A. *Zaburzenia osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1997.
3. Scully J. *Psychiatria*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner 1998; 273–280.
4. *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC, 1994.
5. ICD-10. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
6. Steinhausen HC. *Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of research findings*. Psychol. Med. 1983; 13: 239–249.
7. Hsu LKG, Crisp AH, Callender JS. *Psychiatric diagnoses in recovered and unrecovered anorectics 22 years after onset of illness: a pilot study*. Compr. Psychiatry 1992; 33 (2): 123–127.
8. Herzog DB, Keller MB, Lavori PW. *Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. J. Nerv. Ment. Dis. 1988; 176, 3: 131–143.
9. Żechowski C, Jakubczyk A. *Współwystępowanie zaburzeń psychicznych z jadłowstrętem i żarłoczością psychiczną*. W: Namysłowska I, red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej 2000, s. 107–114.
10. Jakubczyk A, Żechowski C. *Anoreksja jako przejaw „pogranicznej” (borderline) struktury osobowości*. Nowa Med. 1996; 18–24.
11. Rosenvinge JH, Martinussen M, Ostensen E. *The comorbidity of eating disorders and personality disorders, a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998*. Eat. Disord. 2000; 5 (2): 52–61.
12. Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS, Kennedy SH. *Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women*

- with eating disorders in the community. *Am. J. Psychiatry* 2001; 158 (4): 570–574.
13. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. *Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa*. *Arch. Gen. Psychiatry* 1991; 48: 712–718.
 14. Herpertz-Dahlmann B, Muller B, Herpetz S, Heussen N, Hebebrand J, Remschmidt H. *Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa – course, outcome, psychiatric comorbidity and psychosocial adaptation*. *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.* 2001; 42 (5): 603–612.
 15. Januszkiewicz-Grabias A, Banaś A, Radziwiłłowicz P, Smoczyński S, Radziwiłłowicz W. *Próba oceny jakości życia u chorych z zaburzeniami odżywiania się*. W: Namysłowska I, red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej 2000, s. 115–123.
 16. Joergensen J. The epidemiology of eating disorders in Fyn Country, Denmark, 1977–1986. *Acta Psychiatr. Scand.* 1992; 85: 30–34.
 17. Józefik B, red. *Anoreksja i bulimia psychiczna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
 18. Steinhausen HC, Glanville K. *A log-term follow-up of adolescent anorexia nervosa*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 68: 1–10.
 19. Steinhausen HC. *Annotation: outcome of anorexia nervosa in younger patient*. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 1997; 38 (3): 271–276.
 20. Suematsu H, Ishikawa H, Kuboki T, Ito T. *Statistical studies on anorexia nervosa in Japan: detailed clinical data on 1,011 patients*. *Psychoter. Psychosom.* 1985; 43: 96–103.
 21. Swinarska M. *Profil osobowościowy osób chorych na anoreksję i bulimię w świetle badań testem MMPI*. Praca magisterska. Uniwersytet Gdański; 1997.
 22. Theander S. *Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of Swedish long-term study*. *J. Psychiatr. Res.* 1985; 19 (2/3): 493–508.
 23. Tolstrup K, Brinch M, Isager T, Nielsen S, Nystrup J, Severin B, Olesen NS. *Long-term outcome of 151 cases of anorexia nervosa*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1985; 71: 380–387.
 24. Tolstrup K. *Incidence and causality of anorexia nervosa seen in historical perspective*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1990; 361 (82): 1–6.
 25. Żechowski C. *Objawy psychopatologiczne towarzyszące zaburzeniom odżywiania się*. *Psychiatr. Pol.* 2001; 3: 272.

Otrzymano: 10.03.2003

Zrecenzowano: 16.05.2003

Przyjęto do druku: 25.06.2004

Adres: Izabela Łucka
Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych
i Wieku Podeszłego AM