

BULIMIA PSYCHICZNA JAKO PROBLEM INTERDYSCYPLINARNY

Wanda Komorowska-Szczepańska¹, Rita Hansdorfer-Korzon², Marek Barna², Anna Plata¹, Marzena Podgórska³

¹ Katedra Handlu i Usług, Akademia Morska w Gdyni

² Zakład Fizjoterapii, Gdański Uniwersytet Medyczny

³ Wydział Fizjoterapii i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Zarządzania w Gdańsku

Słowa kluczowe: bulimia psychiczna, terapia poznawczo-behawioralna, zaburzenia jedzenia, rehabilitacja

Streszczenie: Zaburzenia odżywiania są coraz częstszym problemem XXI wieku. Bulimia nervosa jest przykładem nadmiernej, a nawet chorobliwej koncentracji na swojej masie ciała i wyglądzie. Charakterystyczne dla tej choroby są powtarzające się epizody napadowego objadania się, po których następują zachowania kompensacyjne – prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających i/lub moczopędnych, restrykcyjne diety. Etiologia schorzenia jest wieloczynnikowa i uwzględnia aspekty środowiskowe oraz dziedziczne. Terapia zaś to długotrwały proces wymagający zaangażowania zarówno rodziny, jak i zespołu składającego się z lekarzy różnych specjalności, pielęgniarek, dietetyków, psychologów oraz rehabilitantów. Podczas leczenia najczęściej stosuje się terapię poznawczo-behawioralną (CBT- *Cognitive Behavioral Therapy*), której zadaniem jest zmiana nieprawidłowych nawyków żywieniowych. Ważny element stanowi także postępowanie fizjoterapeutyczne. W celu postawienia właściwej diagnozy należy zebrać dokładny wywiad zarówno od chorego, jak i rodziny oraz znajomych.

Wstęp

W ostatnich latach można zaobserwować narastanie problemu zaburzeń odżywiania. Wpływają na to różnorodne czynniki wynikające często z prowadzonego stylu życia, pracy oraz stresu. Ponadto w mediach jako wzór do naśladowania funkcjonuje wizerunek osoby szczupłej, aktywnej fizycznie, wysportowanej. Wszystko to może sprzyjać powstawaniu zaburzeń odżywiania prowadzących do niedowagi i wyniszczenia organizmu lub nadwagi i otyłości patologicznej. Dlatego świadomość problemu i szukanie sposobów walki z danym zaburzeniem są tak bardzo istotne [1].

Obraz kliniczny i przebieg

Jednym z zaburzeń odżywiania jest bulimia, czyli żarłoczność psychiczna (*bulimia nervosa*, BN). Określenie bulimia zostało po raz pierwszy użyte w II wieku n.e. przez Galena, ale dopiero w 1979 roku wyodrębniono je jako nową jednostkę chorobową. Londyński psychiatra Gerard Russel, analizując symptomy u kobiet z jadłowstrętem, zaobserwował, że niektóre z nich cierpiały na inną chorobę niż anoreksja, chociaż część objawów klinicznych była podobna w obu grupach pacjentek [1, 2]. Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 bulimia nervosa należy do zaburzeń odżywiania (F50) [3, 4].

Częstość występowania bulimii ocenia się na 1-3% wśród młodych dziewcząt i kobiet między 15. a 24. rokiem życia. Schorzenie to rzadko występuje przed okresem pokwitania i u płci męskiej. W literaturze odnotowano takie przypadki, a jako przyczynę wymieniono koncentrację na własnym ciele i wyglądzie, a także niezadowolenie ze swojej fizjonomii [5, 6]. W tej grupie bulimia występuje u około 0,2%, co stanowi około 10-15% wszystkich osób cierpiących na to schorzenie [7]. Warto zaznaczyć, że ryzyko wystąpienia BN w ciągu życia u przeciętnej osoby wynosi 1,1-4,2%, czego czasami nie jesteśmy świadomi [8].

Bulimia psychiczna jest poważną chorobą przewlekłą i według kryteriów diagnostycznych na podstawie DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) i ICD-10 rozpoznajemy ją, gdy występują:

1. Stała koncentracja uwagi na jedzeniu z nawracającymi epizodami (w ciągu miesiąca) niepohamowanego objadania się (zjadania dużej ilości pokarmu w krótkim czasie, poczuciem utraty kontroli podczas objadania się).
2. Próby przeciwdziałania „tuczącym” skutkom przyjętego pokarmu poprzez prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających i/lub zmniejszających apetyt, moczopędnych, hormonów tarczycy, naprzemienne głodzenie się lub nadmierne ćwiczenia fizyczne.
3. Psychopatologia polegająca na chorobliwym lęku przed otyłością oraz określenie docelowej wartości masy ciała poniżej wartości przyjętej za normę.
4. Bulimia może wystąpić po okresie anoreksji psychicznej, ale rozpoznanie można ustalić, gdy nie stwierdza się znacznego niedoboru masy ciała [9, 10].

W literaturze wymienia się dwa typy bulimii nervosa (BN). Pierwszy z nich to typ przeczyszczający (ang. *purging type*), kiedy po napadzie żarłoczności następuje prowokowanie wymiotów, stosowanie leków przeczyszczających i/lub moczopędnych. Drugi to typ nieprzeczyszczający (ang. *non-purging type*) gdzie chorzy w ramach działań kompensacyjnych, stosują restrykcje dietetyczne (często nawet głodówkę) i/lub wykonują dużo wyczerpujących ćwiczeń fizycznych (tzw. bulimia sportowa) [11].

Etiopatogeneza

Podobnie jak w przypadku anoreksji trwają badania mające na celu ustalenie czynników wpływających na ujawnienie się objawów bulimii. W literaturze można znaleźć doniesienia dotyczące występowania zaburzeń w obszarze przeżywania własnego ciała u osób dotkniętych bulimią. Wszystkie działania destrukcyjne, doprowadzające nawet do wyniszczenia organizmu, wynikają z odrzucenia ciała i odzwierciedlają dychotomiczność myślenia o sobie [12]. Z dotychczasowych badań oceniających nieprawidłowości obrazu ciała u osób z zaburzeniami odżywiania wynika, że kobiety z bulimią psychiczną popełniają wiele błędów przy ocenie swojej fizyczności – postrzegają własne wymiary jako większe niż w rzeczywistości [13]. Z badań przeprowadzonych przez Slade'a i Brodie wynika, że kobiety z bulimią mają tendencję do zawyżonej oceny fizycznych rozmiarów swojego ciała (zwłaszcza szerokości). U kobiet z grupy kontrolnej, czyli niecierpiących na zaburzenia odżywiania, również obserwowano to zjawisko, ale zawyżanie oceny rozmiarów swojego ciała występowało w mniejszym stopniu [14]. Poza tym osoby przejawiające niestabilność emocjonalną, mające niską samoocenę, trudności w akceptacji siebie, stawiające sobie za wysokie wymagania, którym nie mogą sprostać oraz nieznajdujące akceptacji w otoczeniu, a szczególnie odrzucane przez najbliższych (zwłaszcza rodzinę) szybciej przejawiają objawy BN. Radziwiłłowicz podaje, że osoby z bulimią wykazują znamiona osobowości borderline (typ pograniczny osobowości chwiejnej emocjonalnie), czyli cechy pozornego dobrego przystosowania społecznego, przewlekłe obniżenie nastroju lub skrywaną wrogość, poczucie cierpienia, niestabilne związki interpersonalne – od intensywnej zależności do manipulowania. Często u tych osób dochodzi do prób samobójczych, okaleczenia, skłonności do sięgania po alkohol, narkotyki czy problemów z prawem np. ze względu na kradzieże [15, 16].

Osoby przejawiające cechy BN wykazują zakłócenia percepcyjne, kognitywne i behawioralne w strukturze zaburzeń obrazu ciała. Kobiety te bardzo kontrolują ciało i wygląd zewnętrzny oraz omijają sytuacje prowokujące lęk związany z obrazem ciała. Kobiety z BN starają się ukryć swoją fizyczną niedoskonałość nosząc za duże i zbyt szerokie ubranie oraz często ważą się, oglądają w lustrze, upewniając się, że ich ciało nie uległo negatywnej zmianie (nie przybrało na wadze) [12].

Jaworski zwraca uwagę, że u osób z BN występują zaburzenia neuropsychologiczne w sferze percepcji (dotyczy to kształtów własnego ciała, własnej choroby i funkcjonowania emocjonalnego) oraz dochodzi do zaburzeń w obrębie funkcji wykonawczych (większa impulsywność zachowań), zwiększonej selektywności uwagi (dotyczy to żywności i masy ciała) [3].

Badania przeprowadzone przez Pawłowską wskazują na zależność między nasilonym poczuciem winy, zazdrością, drażliwością, agresją a potrzebą uzyskania szczupłej

sylwetki. Nieumiejętność określenia swoich potrzeb, niezadowolenie z własnego wyglądu, lęk przed oceną przez innych skłaniają do izolacji i poczucia bezwartościowości oraz stosowania diet, nadmiernego jedzenia czy stosowania środków przeczyszczających [17-19].

Uważa się, że do rozwoju BN przyczyniają się czynniki genetyczne, których wpływ szacuje się na 30-80%. Dowodem na to mogą być badania wykazujące częstsze występowanie BN u krewnych pierwszego stopnia oraz bliźniąt (u bliźniąt jednojajowych BN występowała u około 35-50%, a u dwujajowych u 30%) [9]. Poza tym ujawniono związek powstawania bulimii z miejscem 10p chromosomu [20].

Bardzo niebezpiecznym, sprzyjającym powstawaniu BN okresem jest czas dojrzewania płciowego, kiedy następuje koncentracja na swoim wyglądzie, obawa przed przybraniem na wadze. Młode osoby chętniej sięgają po diety odchudzające, uprawiają więcej sportu lub zażywają leki zmniejszające apetyt. Dodatkowo sprzyjają temu uwarunkowania społeczno-kulturowe [5]. Takie zachowania mogą skutkować nieprawidłowym przebiegiem pokwitania i cyklu płciowego [20].

W powstawaniu BN podkreśla się rolę układu serotonergicznego i wpływu różnych czynników na jego funkcjonowanie, w tym leptyny, neuropeptydów, cholecystokininy, noradrenaliny i dopaminy. Ma to wpływ na proces regulacji łaknienia. Obserwowano, że w okresie jesienno-zimowym, kiedy jest zmniejszona aktywność serotonergiczna częściej dochodzi do napadów objadania się [11, 16].

Rozpoznanie i powikłania

Rozpoznanie osoby chorującej na bulimię nie należy do najłatwiejszych, ponieważ mogą one mieć prawidłową masę ciała lub nawet otyłość. Wczesna identyfikacja pozwoli na włączenie leczenia i zapobieganie powikłaniom wynikającym z nieprawidłowej masy ciała. Powikłania mogą powstawać na skutek ograniczenia ilości przyjmowanych pokarmów – kalorii (nieprawidłowości w układzie krążenia, pokarmowym – opóźnione opróżnianie żołądka, spowolnienie motoryki jelit, zaparcia, wzdęcia, układzie moczowym – zwiększone stężenie mocznika we krwi, wielomocz, utrata sodu i potasu, układzie krwiotwórczym – leukopenia, małopłytkowość, niedokrwistość, niedobór żelaza, układzie endokrynologicznym – zaburzenia miesiączkowania) lub z powodu prowokowania wymiotów czy biegunki (zaburzenia równowagi wodno-elektrolitowej, zapalenie przełyku, ubytki szkliwa zębów, zaburzenia miesiączkowania). Jeżeli zaburzenie występuje przed okresem dojrzewania, może dojść do zahamowania wzrastania czy dojrzewania płciowego oraz zmniejszenia masy kostnej [4, 9, 10, 20]. U osób otyłych powikłania dotyczą zaburzeń snu (zespół bezdechu w czasie snu), chorób układu krążenia, cukrzycy typu 2, zaburzeń gospodarki lipidowej, schorzeń układu kostno-stawowego, nadciśnienia tętniczego, kamicy nerkowej, chorób pęcherzyka żółciowego [21].

Tak jak w innych schorzeniach przed postawieniem ostatecznego rozpoznania należy zaobserwowane objawy różnicować z innymi chorobami dającymi podobne symptomy. Należą tu choroby przewodu pokarmowego: choroba Leśniowskiego – Crohna, niewydolność nerek, zaburzenia wydzielania wewnętrznego, zaburzenia psychiczne czy choroby wewnątrzczaszkowe (guzy, urazy) [9].

W różnicowaniu należy uwzględnić też choroby, które mogą powodować wzmożenie apetytu: depresję, choroby związane z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (zespół Kluvera-Bucy’ego, zespół Kleine-Levina) czy choroby o podłożu genetycznym (zespół Pradera-Wille’go) [4].

Przed przystąpieniem do leczenia i diagnostyki należy zbadać chorego, zebrać wywiad zarówno od niego, jak i od jego rodziny, a także najbliższego otoczenia. Wywiad powinien dotyczyć okresu przed wystąpieniem objawów oraz sytuacji rodzinnej, socjoekonomicznej, warunków pracy, nauki, wszelkich innych czynników mogących wpłynąć na proces leczenia. W badaniu przedmiotowym należy zwrócić uwagę na stan skóry, włosów, masę mięśniową, obrzęki, odwodnienie, ciśnienie tętnicze, zachowanie czy inne symptomy wynikające z prowokowania wymiotów czy przyjmowania środków przeczyszczających, moczopędnych. U dzieci i młodzieży koniecznie odnotować proces wzrastania oraz dojrzewania płciowego. Ocena stanu odżywienia musi dotyczyć kilku okresów: przed zmniejszeniem masy ciała, spadku masy ciała, zaburzeń miesiączkowania oraz okresu, który będzie miał miejsce w przyszłości polegającego na podaży zwiększonej ilości pokarmu. Do oceny masy ciała posługujemy się siatkami centylowymi oraz BMI (Body Mass Index, który wylicza się z wzoru: $BMI = \text{masa ciała [kg]} / \text{wzrost}^2 [\text{m}]$), co jest bardzo ważne w procesie leczenia, a szczególnie w terapii żywieniowej.

Metody leczenia

Kolejnym etapem jest terapia, która przebiega wielokierunkowo, a w proces ten zaangażowanych jest wiele osób – przede wszystkim rodzina, lekarz, pielęgniarka, psycholog, psychiatra, dietetyk. Najczęściej proces leczenia prowadzony jest w warunkach ambulatoryjnych. Leczenie szpitalne stosowane jest tylko w wybranych przypadkach tzn. w sytuacji gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia. Wiele publikacji wskazuje, że w procesie leczenia dużą rolę ma psychoterapia – terapia poznawczo-behawioralna (CBT – *Cognitive Behavioral Therapy*), której zadaniem jest zmiana nieprawidłowych nawyków żywieniowych [22-24].

Do głównych celów CBT należą:

1. Eliminacja napadów objadania się oraz towarzyszących im zachowań kompensacyjnych – wymiotów, stosowania środków przeczyszczających, moczopędnych.

2. Leczenie dolegliwości fizycznych i przywrócenie właściwego stanu odżywienia – opracowanie odpowiedniej diety z większą ilością różnorodnych pokarmów.
3. Zwiększenie motywacji pacjenta do współpracy w terapii i powrotu do zasad prawidłowego żywienia.
4. Edukacja żywieniowa, czyli nauczanie pacjenta nawyku układania prawidłowego jadłospisu składającego się z trzech głównych posiłków i odpowiednich przekąsek w ciągu dnia oraz rozszerzenia wiedzy z zakresu podstawowych zasad racjonalnego żywienia.
5. Pomoc w rozpoznawaniu i zmianie dysfunkcjonalnych myśli, postaw, motywów i uczuć związanych z chorobą, dietą i zachowaniami żywieniowymi.
6. Rozpoznanie dotychczasowych form radzenia sobie ze stresem i rozwiązywania problemów związanych z żywieniem oraz wypracowanie nowych, konstruktywnych strategii zaradczych [24].

Z przeprowadzonych badań wynika, że wybór terapii (rodzinnej lub indywidualnej) zależy od jednostkowej sytuacji, chęci podjęcia współpracy przez pacjenta oraz od wsparcia rodziny [25, 26]. Zastosowana u nastolatków terapia oparta na samopomocy w kontakcie z terapeutą (ang. *guided self-care*) z zastosowaniem terapii CBT była akceptowana przez pacjenta i równie skuteczna jak terapia rodzinna [25].

Ponieważ u pacjentów z BN występują zaburzenia nastroju, niekiedy konieczne jest włączenie leczenia farmakologicznego, ale leki należy ordynować ostrożnie, gdyż nierozsądne stosowanie może pogłębić niedobory masy ciała. Najczęściej zalecane są preparaty przeciwdepresyjne – inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (ang. SSRI – *serotonin re-uptake inhibitors*; Fluoksetyna, Fluwoksamina, Sertralina) [9, 27].

W procesie leczenia bardzo ważną rolę odgrywają odpowiednio kontrolowane ćwiczenia, które przyspieszają odbudowę beztłuszczowej masy ciała poprzez zwiększanie masy. Właściwą formą takiej aktywności powinny być ćwiczenia z obciążeniem wpływające na zwiększenie siły mięśniowej poprzez poprawę ukrwienia, lepsze odżywienie tkanek oraz usunięcie metabolitów, a także na jakość skóry i tkanki podskórnej. Inną formą są ćwiczenia o charakterze funkcjonalnym poprawiające koordynację aktywności mięśni oraz inne formy aktywności usprawniające wydolność krążeniowo-oddechową, poprawiające wytrzymałość, wpływające na poprawę procesów trawienia czy nastroju poprzez wydzielanie endorfin (np. nordic walking, jazda rowerem). Rehabilitacja ruchem ma duże znaczenie, szczególnie w przypadkach przewlekłych, z którymi coraz częściej fizjoterapeuci spotykają się w swojej praktyce zawodowej.

Nie można jednak ułożyć planu usprawniania, algorytmu postępowania i ocenić dopuszczalnego obciążenia wysiłkiem bez aktualnych informacji o stanie zdrowia

fizycznego i psychicznego pacjenta. Fizjoterapeuta powinien za każdym razem określić wydolność fizyczną, uwzględniając też informacje o towarzyszących i przewlekłych chorobach somatycznych. Lekarz i psycholog dostarczają danych o rodzaju i nasileniu zaburzeń psychicznych, które mogą mieć wpływ na przebieg procesu terapeutycznego [28].

Podsumowanie

Niestety nie ma skutecznych metod zapobiegania wystąpieniu zaburzeń odżywiania. Znajomość czynników sprzyjających rozwojowi tej jednostki chorobowej, większe zwracanie uwagi i niebagatelizowanie problemów z jedzeniem u dzieci może pomóc wcześniej rozpoznać nieprawidłowości. Ponadto w trakcie wizyt w gabinetach lekarskich i fizjoterapeutycznych, często związanych z wadami postawy, niezwykle ważne jest monitorowanie rozwoju fizycznego dziecka, a każda postępująca utrata masy ciała wraz ze zmianami w jego zachowaniu powinna wzbudzać niepokój i zwiększyć czujność, czy nie są to pierwsze sygnały zaburzeń odżywiania.

Bibliografia

1. Strzelecki W., Cybulski M., Strzelecka M., Dolczewska-Samela A., *Zmiana wizerunku medialnego kobiety a zaburzenia odżywiania we współczesnym świecie*. Nowiny Lek. 2007; 6 (2):173-181.
2. Beumont P.J., *Bulimia: symptoms, syndrome and predicament*. W: Pirke K., Vandereycken, D. Plogge (red.), *The psychology of bulimia nervosa*. Berlin Springer 1988: 2-9.
3. Jaworski M., *Zaburzenia procesów poznawczych w bulimii*. Neuropsychiatr. Neuropsychol. 2011; 6 (3-4): 151-158.
4. Rajewski A., Rajewska-Rager A., *Zaburzenia odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego- rozpoznawanie i leczenie*. Fam. Med. Prim. Care Rev. 2009; 11 (4): 931-937.
5. Kowalczyk M., *Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej*. Impuls, Kraków 2008: 16.
6. Józefik B., *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006: 32.
7. Carlat D.J., Carmago C.A., *Review of bulimia nervosa in males*. Am.J.Psychiatry 1991; 148: 831-843.
8. Rajewski A., *Zaburzenia odżywiania*. W: Namysłowska I. (red.) *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004: 247-265.

9. Nicholls D., Grindrod C., *Behavioural eating disorders*. Paediatric. Child Health 2008; 19 (2): 60-66.
10. Nicholls D., Grindrod C., *Zaburzenia odżywiania się*. Med. Prakt. Ped. 2009; 6: 45-59
11. Józefik B., Wolska M., *Anoreksja i bulimia u dzieci i młodzieży*. Hachette, Warszawa 2009: 28.
12. Mirucka B., *Przeżywanie własnego ciała przez kobiety z bulimią psychiczną*. Roczniki Psychologiczne 2006; 9 (2): 85-99.
13. Franzen U., Florin I., Schneider S.i wsp., *Distorted body image in bulimia women*. J. Psychosom. Res.1988; 4-5: 445-450.
14. Slade P.D., Brodie D., *Body-image distortion and eating disorders. A reconceptualization based on the recent literature*. European Eating Disorders Review 1994; 2 (1): 32-46.
15. Radziwiłłowicz W., Juniewicz M., *Psychospołeczne funkcjonowanie dziewcząt z rozpoznaniem bulimii psychicznej*. [w:] Radziwiłłowicz W. (red.) *Psychopatologia okresu dorastania. Wybrane zagadnienia*. Impuls, Kraków 2006: 74-78.
16. Kędra E., *Zaburzenia odżywiania-znak naszych czasów*. Piel. Zdr. Publ. 2011; 1(2): 169-175.
17. Pawłowska B., *Zależność między agresją a zaburzonymi postawami wobec odżywiania się u kobiet z anoreksją typu przeczyszczającego i z bulimią*. Fam. Med. Prim. Care Rev. 2011; 13 (2): 217-219.
18. Pawłowska B., *Współzależność między sposobami radzenia sobie ze stresem a zaburzonymi postawami wobec odżywiania się u kobiet z anoreksją typu przeczyszczającego i z bulimią*. Fam. Med. Prim. Care Rev. 2011; 13 (2): 214-216.
19. Pawłowska B., *Zależność między cechami narcystycznymi a zaburzonymi postawami wobec odżywiania się u kobiet z anoreksją typu przeczyszczającego i z bulimią*. Fam. Med. Prim. Care Rev. 2011; 13 (2): 220-222.
20. Jarząbek-Bielecka G., Mizgier M., *Zaburzenia odżywiania jako problem ginekologii wieku rozwojowego*. Nowiny Lek. 2009; 78 (3-4): 234-236.
21. Juruć A., Wierusz-Wysocka B., Bogdański P., *Psychologiczne aspekty jedzenia i nadmiernej masy ciała*. Farm. Współcz. 2011; 4: 119-126.
22. Wilson G.T., Wilfley D.E., Agras S., Bryson S.W., *Psychological Treatments of Binge Eating Disorder*. Arch. Gen. Psychiatry 2010; 67 (1): 94-101.
23. Treasure J., Schmidt U., Troop N. i wsp., *First step in managing bulimia nervosa: controlled trial of therapeutic manual*. BMJ 1994; 308: 686-689.
24. Gustek S., Jaworski M., *Znaczenie interwencji żywieniowej w psychoterapii poznawczo-behawioralnej w bulimii*. Psychiatr. Psychoterap. 2011; 7 (2-3): 7-21.

25. Schmidt U., Lee S., Beecham J. i wsp., *A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders*. Am. J. Psychiatry 2007; 164: 591-598.
26. Le Grange D., Crosby R.D., Tathouz P.J., Leventhal B.L., *A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent with bulimia nervosa*. Arch. Gen. Psychiatry 2007; 64: 1049-1056.
27. Position of the American Dietetic Association, *Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders*. J. Am. Dietetics Assoc. 2006; 106: 2073-2080.
28. Stańczak T., Pakuła Z., *Rehabilitacja psychiatryczna*. [w:] Weiss A., Zembaty A. (red.), *Fizjoterapia*, PZWL, Warszawa 1987: 504.