

NATALIA KAŻMIERCZAK-WOJTAŚ, ANTONI NIEDZIELSKI

## Anorexia nervosa – rys historyczny i ewolucja kryteriów diagnostycznych

### Anorexia nervosa – historical perspective and evolution of the diagnostic criteria

Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, *e-mail*: n.kazmierczak@o2.pl

#### Streszczenie:

W pracy przedstawiono rys historyczny oraz ewolucję kryteriów diagnostycznych jadłowstrętu psychicznego. Temat świadomego ograniczania ilości spożywanego jedzenia rozpoczyna opis z 895 roku i dotyczy wieśniaczki o imieniu Friderada, następnie opisano przykłady głodzenia się w okresie średniowiecza opierając się na „żywotach świętych” oraz opisach „cudownych panien”. Pierwszego usystematyzowanego opisu objawów anoreksji we współczesnym rozumieniu tego zaburzenia dokonał angielski lekarz Richard Morton w 1687 roku. Następnie w historii anoreksji pojawiają się tak wielkie postacie jak Lasègue i Gull, którzy stworzyli wspólną listę objawów psychopatologicznych charakterystycznych dla tego zaburzenia. W latach 70. XX w. Gerald Russell przedstawił pierwsze kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego, natomiast jedną z pierwszych współczesnych klasyfikacji anoreksji zaproponował w 1976 roku Feighner i wsp. (współpracownicy). Na tej podstawie Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA - American Psychiatric Association) w 1980 roku zweryfikowało kryteria anoreksji psychicznej i przedstawiło je w klasyfikacji DSM-III w 1982 roku, dokonując późniejszych aktualizacji. W Polsce obowiązują kryteria zaproponowane przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO), które zostały ujęte w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń Psychiczych (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10) i obowiązują od 1996 roku.

#### Summary:

This essay shows the history and evolution of diagnostic criteria about anorexia nervosa. The description begins in 895 with peasant woman named Friderada and refers to deliberate reduction of quantity food that is consumed. The next thing that is referred is examples of starvation people in Middle Ages based on hagiography and the description of “miraculous maiden”. The first person who did fully description of the symptoms of anorexia nervosa in contemporary meaning and that was effective systematized was English doctor Richard Morton in 1687. Next figures who was very important in history of anorexia was Lasègue and Gull who created mutual list of psychopathological symptoms that was typical for this disorder. In 70’s Gerald Russell presented first diagnostics criteria about anorexia nervosa, but in 1976 Feighner and his associates did one the first contemporary classification about this disorder. Based on this, in 1980 the American Psychiatric Association verified the criteria about anorexia nervosa and in 1982 presented it with classification DSM-III (with many updates). Here, in Poland take effect the criteria that was suggested by World Health Organization. It was included in International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10 and has been operative since 1996.

**Key words:** Anorexia nervosa, history, criteria

**Słowa kluczowe:** Jadłowstręt psychiczny, historia, kryteria

Pojęcie „anorexia” pochodzi z języka greckiego od słów: *an* (brak, zaprzeczenie) oraz *orexis* (apetyt) i jest powszechnym określeniem na brak łaknienia lub awersję do pokarmu [1]. Zgodnie z dosłownym tłumaczeniem tego pojęcia, przyjęła się błędna teza, że zaburzeniu temu towarzyszy brak apetytu na podłożu psychicznym. W rzeczywistości jednak osoby dotknięte anoreksją odczuwają głód, ale w obawie przed przyrostem masy ciała redukują niemalże do minimum przyjmowanie posiłków i walczą z pojawiającymi się symptomami głodu [2]. Tak więc, istotą problemu nie jest utrata apetytu, ale nieprzećiętna umiejętność kontrolowania go. Do utraty łaknienia dochodzi dopiero w znacznie późniejszych etapach choroby [3]. Arthur H. Crisp (za: Starzomska, 2006, s. 13) zauważa, że „jednym z najdotkliwszych cierpień osoby z anoreksją jest rozdarcie między jedzeniem, a lękiem przed konsekwencjami spożycia pokarmu. Nawet jeśli przyjmuje się, że u osób z anoreksją występuje zaburzenie w doznawaniu głodu [...] z pewnością nie można mówić w tym wypadku o braku apetytu”[4]. Dlatego też wielu klinicystów uważa, że trafniejszym określeniem, definiującym istotę tego zaburzenia, byłoby głodzenie się (*self-starvation*) [5]. Spoglądając na anoreksję psychiczną z perspektywy historycznej z łatwością można dostrzec, że termin ten jest z całą pewnością trafny i użyteczny w poznawaniu tego zaburzenia. Co więcej, można również zauważyć, że anoreksja nie jest jedynie zaburzeniem współczesnych nam czasów i mody kultury zachodniej, ale w różnej postaci towarzyszyła człowiekowi od wieków.

Według niektórych autorów zaburzenia odżywiania się istniały już w starożytności [6, 7]. Hipokrates używał określenia *asitia* lub *inedia* na chorobliwe powstrzymywanie się od spożywania jakiegokolwiek pokarmu. Przez wiele wieków w tłumaczeniu objawów choroby opierano się na humoralnej koncepcji Galena. Przyczyn dopatrywano się w zjawiskach somatycznych, przede wszystkim w zaburzeniach funkcjonowania żołądka, mimo że podkreślano emocjonalne aspekty anoreksji psychicznej[8].

Jeden z najstarszych opisów na temat świadomego ograniczania ilości spożywanego jedzenia pochodzi z 895 roku i dotyczy wieśniaczki o imieniu Friderada, u której pojawiła się niechęć do jedzenia. Friderada była osobą bardzo religijną, podobnie jak też wiele kobiet żyjących w tamtych czasach. W średniowieczu panowało przekonanie, że tylko poprzez umartwienie ciała można zasłużyć sobie na chwałę w oczach Boga. Dlatego też kobiety odmawiały sobie m.in. pożywienia, snu, narażały się na oddziaływanie bardzo niskich lub wysokich temperatur, a także często pracowały ponad własne możliwości. Również Friderada chcąc oczyścić

swojego ducha narzuciła sobie bardzo surowy post, którego usilnie przestrzegała. Spożywała tylko niewielkie ilości jedzenia, pracowała ponad własne siły, a także nie przyjmowała do wiadomości, że jest chora i odrzucała wszelkie możliwe próby udzielenia jej pomocy [8].

Najliczniej udokumentowane przykłady głodzenia się w okresie średniowiecza można odnaleźć w żywotach świętych, którzy narzucając sobie bardzo surowe posty, doprowadzali się do skrajnego wycieńczenia, a często także do śmierci. Post rozumiany był wówczas jako jeden z elementów dążenia do duchowej doskonałości oraz praktykowania życia religijnego. Połączony często z abstynencją seksualną, samobiczowaniem, ograniczaniem do minimum ilości snu, pracy ponad siły i innymi formami umartwienia ciała stał się najbardziej znaczącą formą ascezy. Spośród żywotów świętych pochodzących z tego okresu, szczególną uwagę należy zwrócić na św. Antoniego, który spożywał posiłek raz dziennie po zachodzie słońca. Święty Grzegorz z Nazjanzu „żywił się chlebem tak stęchłym, że podobnym raczej do błota”. Z kolei święty Szymon Słupnik stosował dietę wzorowaną na poście przestrzegającym przez Jezusa na pustyni [9]. W średniowieczu niezwykle interesujące jest także powiązanie między świętością, świadomym ograniczaniem ilości przyjmowanego pokarmu a kobietami. Umiejętność ograniczania przyjmowanego jedzenia była wyrazem ascetyzmu, dzięki któremu kobiety zachowywały wysoki status społeczny oraz własną podmiotowość. Głodówki praktykowało wówczas wiele kobiet, które zostały uznane za święte w czasach, w których kobiecość coraz częściej utożsamiana była z tym co złe, odstające od normy, zawadne i nieczyste. Przykładem może być św. Katarzyna ze Sieny, która poprzez połączenie modlitwy i odmawianie przyjmowania pokarmów oraz inne formy umartwienia ciała doświadczała Bożej łaski. Jak pisze Cohn „*od piętnastego roku życia Katarzyna Benincasa, bardziej znana jako Katarzyna ze Sieny, jadła jedynie chleb, niegotowane warzywa i piła wodę. Po 25 roku życia jedynie żuła nieco ziół, wypluwając treść (...), a w końcu odmówiła nawet picia wody (...)*” (za: Hepworth, 1999, s. 14) [10]. Pomimo tego, iż Kościół nie popierał tak skrajnej postaci postu, św. Katarzyna pozostała wierna swoim przekonaniom i dalej prowadziła pełne wyrzeczeń życie, mając przekonanie, że zostało jej to podyktowane przez samego Boga. Zmarła z wyczerpania i skrajnego wyniszczenia organizmu w 1380 roku, w wieku 33 lat. Kolejnymi przykładami „świętych anorektyczek” jest Katarzyna z Pazzi, która niemal całe życie pościła i zmuszała się do wymiotów, co doprowadziło ją do śmierci w wieku 41 lat. Podobnie przedstawia się historia życia św. Teres z Avilli, która z kolei prowokowała

wymioty przy użyciu oliwnej gąbki [11]. Wiele wskazuje również na to, że na anoreksję cierpiała także Joanna d'Arc [12, 13]. Trudno jest jednoznacznie wskazać czy przypadki „świętego jadłowstrętu” (*anorexia mirabilis*) były odpowiednikami jadłowstrętu psychicznego [14, 15]. Niektórzy badacze i klinicyści zastrzegają rozpoznanie *anorexia mirabilis* wyłącznie dla przypadków jadłowstrętu psychicznego, które wiążą się z religijnymi przekonaniem i wierzeniami osoby chorej. *Anorexia mirabilis* postrzegana jest jako zaburzenie powierzchowne, związane bardziej z kontekstem społecznym aniżeli psychologicznym [12].

Wraz z upływem czasu i postępującą sekularyzacją stopniowo zaczęto odchodzić od religijnych interpretacji niejedzenia. Od tej pory było ono traktowane jako fenomen, niezwykle zjawisko, budzące ciekawość i sensację. Pod koniec średniowiecza pojawiły się opisy tzw. „cudownych panien”. Były to młode, poszczące kobiety, które stanowiły wzór doskonałego modelu życia. W powszechnej opinii uważano, że posiadają one nadzwyczajne właściwości utrzymujące je w zdrowiu i dobrej formie. Jako przykład może posłużyć opis przypadku Janne Balan, która utrzymywała, że przez 3 lata (od 1602 roku) niczego nie zjadła, a także Marii Furtner, uważającej, że przez 40 lat piła jedynie wodę ze strumienia [16, 17]. Tego typu historie sprawiały, że ludzie byli przekonani o istnieniu sił nadprzyrodzonych. W momencie, kiedy zaczęły pojawiać się pierwsze symptomy odmowy jedzenia, kobiety były konsultowane zarówno przez lekarzy jak i znachorów. W przypadku, gdy zastosowane leczenie nie przynosiło pożądanego rezultatu, pojawiały się inne „cudowne” wyjaśnienia. Pokazywano je, jako „cuda natury” na okolicznych jarmarkach i odpustach lub też zdarzało się, że stawały się obiektem szczególnego zainteresowania ważnych osobistości – co dodatkowo wzmacniało ich sławę i powszechne przekonanie o cudownym charakterze zjawiska. Dodatkowo lokalne media upowszechniały informacje o „poszczących dziewczętach”, do tego stopnia, że w gazetach zostały stworzone specjalne rubryki, w których opisywano „cudowne przypadki”. Nie wszyscy jednak byli przekonani o obecności sił nadprzyrodzonych w utrzymującym się miesiącami, a często wręcz latami niejedzeniu. Dlatego też niektóre przypadki były poddawane licznym konsultacjom i obserwacjom, co często prowadziło do ujawnienia oszustw. Wówczas osoba, która dopuściła się takiego czynu była karana lub więziona. Zdarzało się również, że skrupulatnie prowadzone obserwacje miały tragiczne zakończenie, jak w przypadku Sarah Jacob z Walii. Dziewczynka w wieku 10 lat zaczęła odmawiać przyjmowania pożywienia. Po dwóch tygodniach obserwacji potwierdziło się, że Sarah nie je i stanowi jeden z „cudownych przypadków”,

co dodatkowo wzmocniło jej sławę. Niedługo po tym „The Times” opublikował artykuł, w którym zachowania Sarah zostały uznane za symulowaną histerię (*simulative hysteria*). To sprawiło, że obserwację trzeba było powtórzyć. Tym razem podczas hospitalizacji w *Guy's Hospital* już po kilku dniach pełnej abstynencji u Sarah wystąpiły objawy bardzo dużego osłabienia organizmu. Rodzice jednak nie zgodzili się na przerwanie obserwacji twierząc, że ich córka może żyć bez jedzenia. Decyzja ta doprowadziła do śmierci Sarah, co potwierdziło przypuszczenia, że wcześniej była potajemnie karmiona [17].

Opis dotyczący wyniszczenia organizmu z powodu odmowy przyjmowania jedzenia, opierający się na przesłankach medycznych po raz pierwszy pojawił się w XVI wieku. Choroba o nazwie „*chlorosis*” występowała przede wszystkim u młodych kobiet. Objawiała się m.in. poprzez utratę apetytu, nudności i wymioty, napady żarłoczości i pica, zanik miesiączki, lęk przed otyłością, spadek masy ciała (prowadzący do wyniszczenia, a w konsekwencji także do śmierci) oraz charakterystyczny zielonkawy odcień skóry – od którego też pochodzi nazwa choroby. Początkowo *chlorosis* uważano za chorobę ludzi zamożnych, która pojawiała się w wyniku niezaspokojenia popędu seksualnego. Zbawienny wpływ przypisywano aktywności seksualnej oraz ciąży. Z czasem zaczęto ją postrzegać jako chorobę klas niższych, wynikającą z nieprawidłowego odżywiania się, braku świeżego powietrza oraz światła słonecznego. W XIX wieku zaczęto przypuszczać, że może to być anemia z niedoboru żelaza spowodowana niewłaściwym odżywianiem [18].

W epoce baroku nastąpił rozwój nauki i medycyny, czego wyrazem był pierwszy usystematyzowany opis objawów anoreksji we współczesnym rozumieniu tego zaburzenia. Dokonał tego w 1687 roku angielski lekarz Richard Morton. W wydanej dwa lata później pracy „*Phthiologia seu Exercitationes de phthisi, tribus libris comprehensae*” pod nazwą „*atropia nervosa*” lub też „*phthisis nervosa*” opisał zespół objawów, które prowadziły do wyniszczenia organizmu. Zaburzeniu temu towarzyszyły utrata apetytu, zanik miesiączki, zaparcia, nadmierna aktywność fizyczna oraz całkowity brak poczucia choroby [17]. Prezentując w swojej pracy dwa przypadki: 18-letniej dziewczyny i 16-letniego chłopca, traktował ich chorobę, którą nazwał zanikiem nerwowym, jako odmianę gruźlicy o nietypowych objawach [17, 19]. W XVIII wieku Robert Whyatt, nawiązując do prac Mortona, dodał kolejne objawy do obrazu klinicznego i nadał zaburzeniu nową nazwę „*nervous atrophy*”. W 1840 roku francuski lekarz Fleury Imbert, dokonał podziału anoreksji na dwa typy, w zależności od przyczyny odmowy spożywania jedzenia. Wyróżnił on ano-

reksję żołądkową („*anorexie gastrique*”) oraz anoreksję nerwową („*anorexie nerveuse*”). W 1859 roku amerykański lekarz William Stout Chipley opublikował pracę, dotyczącą ogromnego lęku przed jedzeniem, który zdiagnozował u swojej nastoletniej pacjentki. Zespół ten nazwał *sitomanią*. Pojęciem tym opisywano „*fasting girls*”. Były to dziewczęta wątłe, wyjątkowo podatne na wpływy innych osób, histeryczne i przeżywające często załamania nerwowe. Głodowały po to, by zwrócić na siebie uwagę otoczenia [20].

W XIX wieku dalej pracowano nad doprecyzowaniem zjawiska. Niemal równocześnie lecz całkowicie niezależnie dwóch lekarzy: Ernest Charles Lasègue w 1873 roku we Francji i William Withey Gull rok później w Anglii, opisało przypadki wyniszczenia z towarzyszącymi objawami, które zakwalifikowano jako anoreksję. Obaj autorzy stworzyli wspólną listę objawów psychopatologicznych, do których zaliczyli: odmowę przyjmowania pokarmów, duży ubytek masy ciała, zanik miesiączki, niską temperaturę ciała, niskie tętno, zaparcia oraz intensywne uprawianie ćwiczeń fizycznych [16, 21]. Różnili się natomiast w rozumieniu przyczyn choroby. Lasègue rozpatrywał anoreksję w kontekście patologii histerycznej, dlatego też zaproponował termin *anorexia hysterica*, *apepsia hysterica* [22]. Z kolei Gull początkowo za przyczynę problemu uważał psychiczną perwersję, następnie perwersję *ego*. Stopniowo odchodził od nazwy *anorexia hysterica* na rzecz *anorexia nervosa*. Był przekonany, że zaproponowany przez niego termin, który oznacza brak apetytu (z grek. *an* – brak, *orexis* – apetyt) jest bardziej adekwatny do zaburzenia, które badali i wskazał na różnice jakie występują między anoreksją a histerią [23]. Zarówno Lasègue jak i Gull zauważyli, że zaburzenie to występuje zdecydowanie częściej u dziewcząt i młodych kobiet. Sprecyzowali wiele trafnych uwag dotyczących leczenia, jak chociażby brak motywacji u pacjentek na podjęcie leczenia, trudności w nawiązaniu z nimi relacji oraz nieskuteczność stosowania środków pobudzających łaknienie. Zgodnie stwierdzili, że pacjentki powinny być poddane skrupulatnej kontroli najlepiej przez osoby postronne (np. wykwalifikowany personel medyczny), regularnie i na siłę karmione oraz odizolowane od środowiska rodzinnego i przyjaciół [24]. Lasègue dostrzegł także, że istnieje silna zależność między objawami choroby a atmosferą panującą w rodzinie. Uważał on, że opis przypadku anoreksji będzie niekompletny i zafałszowany jeśli ograniczy się obserwacje wyłącznie do samej pacjentki i nie uwzględni się informacji dotyczących jej życia rodzinnego [16].

W 1914 roku Morris Simmonds poprzez odkrycie zespołu wyniszczenia wynikającego z niewydolności

przysadki, podważył rozumienie anoreksji jako ekwiwalentu hysterii [25]. Pojawiają się przypuszczenia, że przyczyną anoreksji mogą być zaburzenia endokrynne. Utrwaliło się powszechne przekonanie, że wyniszczenie występujące w przebiegu anoreksji spowodowane jest zaburzeniami w funkcjonowaniu przysadki mózgowej i kwalifikuje się do leczenia endokrynologicznego. H. L. Sheehan w 1937 roku dowiódł, że poporodowa martwica przysadki mózgowej nie zawsze jest związana z ubytkiem masy ciała [26]. Dopiero w latach 50. ub. w. powrócono do koncepcji o psychicznym podłożu choroby. Obecnie wiadomo, że zaburzenia gospodarki hormonalnej mają charakter wtórny i pojawiają się w wyniku przestawienia metabolizmu na możliwie oszczędny system działania w związku ze znacznym ograniczeniem dostarczania energii do organizmu [27].

W latach 70. Gerald Russell podsumował dane kliniczne dotyczące zaburzeń odżywiania się i przedstawił pierwsze kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego, natomiast jedną z pierwszych współczesnych klasyfikacji anoreksji zaproponował w 1976 roku Feighner i wsp. (tab.1) [28].

Tab.1. Kryteria diagnostyczne anorexia nervosa – wg Feighnera (1976 rok)

Feighner's diagnostic criteria for Anorexia Nervosa (1976)

- |  |
|--|
| <p>A. Początek choroby przed 25 r.ż.</p> <p>B. Utrata łaknienia, której towarzyszy spadek wagi ciała co najmniej o 25% w stosunku do wagi wyjściowej.</p> <p>C. Zaburzone postawy względem przyjmowania pokarmów, samego pożywienia i wagi ciała oraz zniekształcenie postrzegania obrazu własnego ciała (...).</p> <p>D. Brak choroby somatycznej tłumaczącej pojawienie się anoreksji i spadku wagi.</p> <p>E. Brak zaburzenia psychicznego, szczególnie takiego jak: choroba afektywna, schizofrenia, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i fobie.</p> <p>F. Zaistnienie najmniej dwóch z następujących objawów:<br/>         - amenorrhoea,<br/>         - lanugo,<br/>         - bradykardia,<br/>         - okresy nadaktywności,<br/>         - epizody obżarstwa,<br/>         - wymioty (w tym prowokowane).</p> |
|--|

Źródło: Pilecki M. Historia zaburzeń odżywiania się. W: Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Red. Józefik B. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków. 1999, s. 41.

Na tej podstawie Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA - *American Psychiatric Association*) w 1980 roku zweryfikowało kryteria anoreksji psychicznej i przedstawiło je w klasyfikacji DSM-III w 1982 roku, a następnie w DSM-III-R w 1987 roku, co prezentuje tabela 2.

Tab.2. Kryteria diagnostyczne anorexia nervosa – wg DSM-III-R (1987 rok)

Diagnostic criteria for Anorexia Nervosa from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-III-R; 1987)

- A. Odmowa utrzymania ciężaru ciała na lub powyżej granicy wagi minimalnej dla wieku i wzrostu (np. utrata wagi prowadząca do utrzymania ciężaru ciała poniżej 85% wagi oczekiwanej lub brak należnego przyrostu wagi w okresie wzrastania, prowadzący do utrzymania ciężaru ciała poniżej 85% wagi należnej).
- B. Intensywny lęk przed przybraniem na wadze lub otyłością mimo utrzymującej się rzeczywistej niedowagi.
- C. Zaburzenie sposobu doświadczenia własnej wagi, rozmiaru i kształtu ciała, np. osoba czuje się „gruba”, nawet gdy jest wyniszczona, wierzy, że część jej ciała jest „zbyt gruba”, podczas gdy w rzeczywistości ma niedowagę.
- D. U kobiet w okresie po menarce amenorrhoea, nieobecność przynajmniej trzech kolejnych cykli menstruacyjnych.

Źródło: Pilecki M. Historia zaburzeń odżywiania się. W: Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Red. Józefik B. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków. 1999, s. 41.

Kryteria diagnostyczne wg DSM-IV zostały poszerzone o podział anoreksji na typ ograniczający, czyli restrykcyjny i typ żarłoczno-wydalający, czyli bulimiczny. Podział ten stworzono, aby uniknąć nieporozumienia w diagnozowaniu u chorego dwóch różnych zaburzeń, co miało miejsce przy stosowaniu kryteriów zawartych w DSM-III-R. W kryteriach z 1994 roku ponadto zmieniona została definicja zaburzeń obrazu ciała, niezbędnych do identyfikacji jadłowstrętu psychicznego.

Tab.3. Kryteria diagnostyczne anorexia nervosa – wg DSM-IV (1994 rok)

Diagnostic criteria for Anorexia Nervosa from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV; 1994)

- A. Odmowa utrzymania ciężaru ciała na lub powyżej granicy wagi minimalnej dla wieku i wzrostu (np. utrata wagi prowadząca do utrzymania ciężaru ciała poniżej 85% wagi oczekiwanej lub brak należnego przyrostu wagi w okresie wzrastania, prowadzący do utrzymania ciężaru ciała poniżej 85% wagi należnej).
- B. Intensywny lęk przed przybraniem na wadze lub otyłością mimo utrzymującej się rzeczywistej niedowagi.
- C. Zaburzenie sposobu doświadczenia własnej wagi i kształtu ciała, np. pacjentka nie jest w stanie wpływać na ciężar i kształt ciała na podstawie własnej oceny lub zaprzecza znaczeniu niskiej masy ciała.
- D. U kobiet w okresie po menarce amenorrhoea, nieobecność przynajmniej trzech kolejnych cykli menstruacyjnych.

Wyodrębniony typy:

Typ ograniczający (restricting type): w trakcie anorexia nervosa nie dochodzi do regularnych epizodów nie kontrolowanego objadania się lub zachowań „wydalających” (np. indukowanych wymiotów lub nadużywania środków przeczyszczających lub diuretyków).

Typ „żarłoczno-wydalający” (binge eating/purging type): w trakcie epizodu anorexia nervosa dochodzi do regularnych epizodów nie kontrolowanego objadania się lub zachowań „wydalających” (np. indukowanie wymiotów lub nadużywanie środków przeczyszczających, diuretyków lub lewatyw).

Źródło: Pilecki M. Historia zaburzeń odżywiania się. W: Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Red. Józefik B. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków. 1999, s. 42.

W związku z powszechnie panującym poglądem, iż dotychczasowe kryteria zawarte w DSM-IV były dyskusyjne i wzbudzały wiele wątpliwości, zaproponowano istotną ich modyfikację w kolejnej edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, która została wydana 18 maja 2013 roku (DSM-V). Wprowadzone zmiany mają na celu zwiększenie liczby rozpoznanych zespołów pełnoobjawowych i tym samym ograniczenie niespójnej wewnętrznie kategorii zaburzeń subklinicznych. Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego zaproponowane w DSM-V prezentuje tab. 4.

Tab.4. Kryteria diagnostyczne anorexia nervosa - wg DSM-V (2013 rok)

Diagnostic criteria for Anorexia Nervosa from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-V; 2013)

- A. Odmowę utrzymywania masy ciała na lub powyżej granicy wagi minimalnej dla wieku i wzrostu: utrata masy ciała prowadząca do utrzymywania ciężaru ciała poniżej 85% wartości należnej lub trudność w przybraniu na wadze w okresie wzrostu, prowadząca do utrzymywania się masy ciała poniżej 85% wartości należnej
- B. Intensywny lęk przed przybraniem na wadze lub otyłością mimo utrzymującej się rzeczywistej niedowagi;
- C. Zaburzenie sposobu doświadczania kształtu własnego ciała i jego masy, nadmierny wpływ masy ciała lub kształtu ciała na samoocenę lub zaprzeczanie powadze aktualnie niskiej masy ciała;
- W wersji ICD-9-CM kod dla anoreksji to 307.1, przypisywany bez względu na podtypy. W wersji ICD-10-CM kod zależy od podtypów.

Należy sprecyzować czy:

(F50.01) Typ restrykcyjny (restricting type): w ostatnich 3 miesiącach u osoby nie występowały powracające epizody obżarstwa napadowego lub zachowań wydalających (np. prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, odwadniających, lewatyw). Podtyp ten opisuje przypadki, w których utrata wagi jest osiągnięta głównie przez stosowanie diety, poszczenie i/lub intensywne ćwiczenia fizyczne.

(F50.02) Typ żarłoczno-wydalający (binge-eating/purging type): w ostatnich trzech miesiącach u osoby występowały powtarzające się epizody objadania się oraz zachowań wydalających (np. prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, odwadniających, lewatyw).

Należy sprecyzować czy:

W częściowej remisji: po wcześniejszej pełnoobjawowej anoreksji przez dłuższy czas nie występuje Kryterium A (niska waga ciała), natomiast występuje wciąż Kryterium B (intensywny strach przed przytyciem lub stanem się osobą otyłą albo zachowania, które zakłócają przybieranie na wadze), lub Kryterium C (zaburzenia w percepcji własnej wagi i kształtu swojego ciała).

W pełnej remisji: po wcześniejszej pełnoobjawowej anoreksji przez dłuższy czas nie występują żadne z kryteriów diagnostycznych.

Należy określić aktualną intensywność objawów:

Minimalny poziom intensywności objawów u dorosłych jest oceniany na podstawie BMI, u dzieci i osób w okresie dojrzewania na podstawie siatki percentylowej BMI. Znajdujące się poniżej wskaźniki pochodzą z ustalonych przez WHO kategorii dotyczących szczupłości u osób dorosłych; dla dzieci i osób w okresie dojrzewania należy zastosować odpowiednie siatki percentylowe BMI. Stopień intensywności może zostać zwiększony, aby uwzględnić objawy kliniczne, stopień funkcjonalnej niesprawności oraz konieczność nadzoru.

Łagodny: BMI  $\geq 17$  kg/m<sup>2</sup>

Umiarkowany: BMI 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>

Ciężki: BMI: 15-15,99 kg/m<sup>2</sup>

Ekstremalny: BMI < 15 kg/m<sup>2</sup>

Źródło: Józefik B., Kultura, ciało, (nie)jedzenie. Terapia Perspektywa narracyjno-konstrukcyjna w zaburzeniach odżywiania. Kraków 2014, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 94-95.

Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego opracowane przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO) w 1992 roku zostały ujęte w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń Psychiczych (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10), które obowiązują w Polsce od 1996 roku. W klasyfikacji ICD-10 anorexia nervosa została zaklasyfikowana do grupy zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi. Szczegółowe kryteria zaproponowane w ICD-10 prezentuje tab. 5.

Tab.5. Kryteria diagnostyczne anorexia nervosa wg WHO (ICD-10; 1992 rok)

Diagnostic criteria for anorexia nervosa according to the World Health Organization (ICD-10; 1992)

- A. Masa ciała utrzymuje się na poziomie co najmniej 15% poniżej prawidłowej lub oczekiwanej przy danym wieku i wzroście (z powodu utraty masy ciała, a u dzieci z powodu braku przyrostu masy ciała) lub wskaźnik masy ciała (body mass index – BMI) wynosi 17,5 kg/m<sup>2</sup> lub mniej, przy czym pacjenci przed okresem pokwitania mogą nie osiągać należnej masy ciała w okresie wzrostu;
- B. Spadek masy ciała jest skutkiem unikania „tuczących” pokarmów oraz wykonywania jednej z wymienionych czynności, takich jak: prowokowanie wymiotów, przeczyszczanie, wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, stosowanie leków hamujących łaknienie i/lub środków moczopędnych;
- C. Postrzeganie siebie, jako osoby otyłej oraz zaburzący strach przed przytyciem, które prowadzą do narzucenia samemu sobie niskiego progu masy ciała;
- D. Liczne zaburzenia endokrynologiczne wielu układów, w tym zaburzenia hormonalne obejmujące oś przysadka–nadnercza i gonady, przejawiające się u kobiet zanikiem miesiączkowania, a u mężczyzn spadkiem zainteresowań seksualnych i potencji (wyjątek stanowi zachowanie miesiączek u kobiet stosujących substytucyjne leki hormonalne); stwierdza się również wzrost stężenia hormonu wzrostu i kortyzolu we krwi oraz zmiany metabolizmu hormonów tarczycy i zaburzenia wydzielania insuliny;
- E. Zaburzenie nie spełnia kryteriów A i B dla żarłoczności psychicznej (BN, bulimia nervosa) (F50.2).

Źródło: Bilikiewicz A. red. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa 2011. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. s. 384.

W rozwoju ukazanych kryteriów diagnozujących jadłowstręt psychiczny dostrzegalne są dwa kierunki. Z jednej strony zawęża się kryteria diagnostyczne, dążąc do jak największej swoistości, z drugiej natomiast poprzez wprowadzenie nowych kryteriów zmierza się do możliwości diagnozowania nowych, niespecyficznych bądź subklinicznych postaci zaburzeń.

**Bibliografia:**

- [1] Tokarski J., *Słownik wyrazów obcych*, Warszawa 1980, 67.
- [2] Kowalczyk M., *Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej*, Kraków 2008, 17.
- [3] Tomaszewicz-Libudzić C., Jagielska G., Komen-der J. i wsp., *Zagrażające życiu zaburzenia metaboliczne i patofizjologiczne u chorych na jadłowstręt psychiczny* [w:] *Psychiatr Pol.*, 1997, 31, 713-721.
- [4] Starzomska M., *Anoreksja. Trudne Pytania*, Kraków 2006, 13.
- [5] Bilikiewicz A. (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa 2004, 384.
- [6] Nasser M., *Are eating disorders becoming global phenomenon?* 5th Meeting of European Council on Eating Disorders. Padua (Italy) 25 September 1997.
- [7] Van Deth R., Vandereycken W., *Eating Disorders* [W:] Berrios G, Potler R (red.) *A Bistory of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders*. London 1995, 593-611.
- [8] Jablow M.M., *Na bakier z jedzeniem. Anoreksja, bulimia, otyłość*, Gdańsk 1993, 27-39.
- [9] Jablow M.M., *Anoreksja w ujęciu historycznym. Bulimia w ujęciu historycznym. Przewodnik dla rodziców*, Gdańsk 2001, 11-15.
- [10] Hepworth J., *The social construction of anorexia nervosa*. Sage Publication London, Thousand Oaks, New Delhi, 1999, 146-160.
- [11] Pearce J.M., *Friedreich's ataxia*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2004, 75, 688.
- [12] Józefik B., *Modele rodzinne a anoreksja psychiczna. Część I. Funkcjonowanie rodziny pochodzenia pacjenta*. [w:] *Psychiatr Pol.*, 2000, 33, 861-875.
- [13] Józefik B., *Modele rodzinne a anoreksja psychiczna. Część II. Wzory i przekazy międzypokoleniowe*. *Psychiatr Pol.*, 2000, 33, 877-886.
- [14] Łucka I, Sforczak K. *Jadłowstręt Psychiczny. Med Dypl.*, 2002, 11, 133-144.
- [15] Banks C.G., „Culture” in culture – bound syndromes: the case of anorexia nervosa. *Soc Sci Med.*, 1992, 34, 867-884.
- [16] Jablow M.M., *Na bakier z jedzeniem. Anoreksja, bulimia, otyłość*, Gdańsk 1993, 27-39.
- [17] Vandereycken W., van Deth R. *From fasting saints to anorectic girls. The history of self-starvation*, London 1994, 41-43.
- [18] Di Nicola V.F., *Anorexia multiforma: Self-stalvation Historical and Cultural Context. Part I: Self-stalvationas a Historical Chameleon*. *Trancult. Psychiatr Res. Rev.*, 1990, 27, 165-196.
- [19] Żechowski C. *Historia badań nad jadłowstrętem psychicznym*. *Soc Sci Med.*, 2004, 13, 247-253.
- [20] Jablow M.M., *Anoreksja w ujęciu historycznym. Bulimia w ujęciu historycznym. Przewodnik dla rodziców*, Gdańsk 2001, 26-31.
- [21] Ziółkowska B., *Ekspresja Syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w okresie adolescencji*, Poznań 2001, 30-31 .
- [22] Vandereycken W, Van Deth R., *Who was the first to describe anorexia nervosa Gull or Lasegue?* *Psychol Med.*, 1989, 19, 837-845.
- [23] Gull W.W., *Anorexia nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica, Obes Res.*, 1997, 5, 498-502.
- [24] Hepworth, J. *The Social Construction of Anorexia Nervosa*. London: Sage Publications, 1999, 27.
- [25] Simmonds M., *Über hypophysisschwund mit todlichem ausgang*. *Dtsch med wochenschr.*, 1914, 40, 322.
- [26] Starzomska M. *Z historii psychiatrii: anorexia nervosa jako optymalne zachowanie w socjokulturowym kontekście*. *Psychiatr Pol.*, 2001, 350, 669-679.
- [27] Halmi K.A, Sunday S.R, Strober M i wsp. *Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior*. *Am J Psychiatry*, 2000, 151, 1799-1805.
- [28] Józefik B., *Kultura, ciało, (nie)jedzenie. Terapia Perspektywa narracyjno-konstrukcjonistyczna w zaburzeniach odżywiania*, Kraków 2014, 94-95.
- [29] Pilecki M. *Historia zaburzeń odżywiania się. Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Józefik B. (red.), Kraków 1999, 40-42.