

Sodobni vidiki in načini zdravljenja motenj hranjenja

New aspects in the treatment of eating disorders

Karin Ser nec

Povzetek: Motnje hranjenja, skupina bolezni, ki je bila do pred kratkim znana le ozkemu krogu strokovnjakov, je v zadnjih desetletjih prerasla v bolezen moderne dobe. Motnje hranjenja predstavljajo pomemben javno zdravstveni problem. Vzroke za nastanek motenj hranjenja lahko razdelimo na tri velike skupine: biološko – genetsko, socio – kulturno in družinsko. Večinoma gre za prepletanje vzrokov iz vseh treh skupin. Med motnje hranjenja uvrščamo: anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo, kompulzivno prena j edanje in novejše oblike (ortoreksija in bigoreksija nervoza). Ključni dejavnik uspešne obravnave oseb z motnjo hranjenja je lastna motivacija za zdravljenje. Med uspešnejše terapevtske pristope sodi psihoterapija, uporablja se predvsem vedenjsko – kognitivno in/ali razvojno – dinamsko psihoterapijo, po potrebi v kombinaciji s psihofarmakoterapijo. Obravnava je lahko ambulantnega ali bolnišničnega tipa. Ozdravitev ne pomeni le odsotnost simptomov posamezne motnje hranjenja, temveč tudi ustrezno psihosocialno funkcioniranje.

Ključne besede: motnje hranjenja, anoreksija, bulimija, obravnava

Abstract: Eating disorders - a group of diseases that until recently was familiar only to a limited circle of professionals has become a significant contemporary medical problem. Eating disorders represent an important public health issue. The etiological background of eating disorders is comprised of three major segments: biological – genetic, socio – cultural and family. In most cases there is a considerable overlap between these three. Eating disorders constitute: anorexia nervosa, bulimia nervosa, compulsive overeating and recently emerged entities (orthorexia and bigorexia nervosa). A key factor in successful outcome of an eating disorder is patient's own motivation for treatment. One of the most successful treatment approaches is psychotherapy, with it's cognitive – behavioral and/or developmental – dynamic forms mostly being used and in combination with pharmacotherapy, when needed. Therapeutic approach can be hospital or ambulatory. Recovery is not a mere absence of specific eating disorder symptoms, but appropriate psychosocial functioning as well.

Key words: eating disorders, anorexia, bulimia, treatment

1 Uvod

Motnje hranjenja (MH) danes predstavljajo pomemben javno zdravstveni problem. Za njimi oboleva 2–12 % žensk med 15. in 35. letom starosti, po podatkih tujih zdravstvenih registrov je vsako leto na novo odkritih 7 primerov anoreksije (AN) in 14 primerov bulimije nervoze (BN) na 100.000 prebivalcev (1).

MH uvrščamo med duševne motnje (2,3) in jih delimo na AN, BN ter kompulzivno prena j edanje (KP) (4). Zadnja leta se pojavljajo tudi nove oblike MH kot sta ortoreksija (hranjenje izključno z »zdravo«, biološko neoporečno hrano) in bigoreksija (obsedenost z mišičastim telesom) nervoza. Gre za kronične, ponavljajoče se motnje (5), ki so pogosto povezane s psihiatrično komorbidnostjo in resnimi telesnimi zapleti.

MH je potrebno ločiti od motenj prehranjevanja, ki veljajo za nekakšno predstopnjo MH, hkrati pa ni nujno, da se v njih tudi razvijejo. Med motnje prehranjevanja sodijo neustrezne prehranjevalne navade kot so neredno prehranjevanje, pogosta nihanja telesne teže zaradi različnih diet, uživanje le določene vrste hrane (neuravnovešena prehrana) in podobno. Te motnje niso nujno znak duševne motnje (6).

MH kot bolezensko entiteto obravnavamo šele zadnjih 50 let, čeprav so bili že pred tem znani številni opisi bolezni, ki bi jih danes uvrstili med MH. Zanimivo je, da je že Sokrat zapisal: »Je, da bi bruhal in bruha, da

bi jedel«. Znani so še številni drugi primeri iz bližnje in daljne zgodovine, različnih opisov vedenj, stanj in ritualov, ki bi jih danes lahko uvrstili med MH (7). Dandanes sociologi in antropologi te motnje uvrščajo med etnične motnje. Gre za motnje, pri katerih ne moremo zanikati povezave med osebnimi stiskami in konflikti ter spremembami v družbenopolitičnem okolju. Če torej želimo razumeti MH tudi s sociološkega in antropološkega vidika in jih opisati kot etnične motnje današnje dobe, vidimo, da bistvo teh motenj ni posnemanje telesne bolezni, temveč gre za manipuliranje s hrano, preokupacijo s svojim telesnim videzom in maso. Ti bolniki torej posnemajo, izkoriščajo in nadgradijo siceršnje preokupacije ljudi v določenem okolju (skrb za telesni videz, diete, vitkost, telesni trening) in jih uporabijo kot obrambe za rešitev svojih intimnih stisk, katerih skupni imenovalec je iskanje in oblikovanje svoje identitete (8).

2 Etiološki vidiki motenj hranjenja

MH so čustvene motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane. Predstavljajo zunanji izraz globoke duševne in čustvene vznemirjenosti ter ne-sprejemanja sebe. Oseba, ki trpi zaradi MH, izraža svoje čustvene težave s spremenjenim odnosom do hrane in hranjenja (9, 10). Tako navidezni problem s hrano v globini skriva

trpljenje, ki je nastalo zaradi cele vrste različnih razlogov. Hranjenje ali odklanjanje hrane postane izraz osvoboditve notranjih, bolečih in neprepoznanih čustev (11, 12).

Dejavniki tveganja, ki pogojujejo nastanek MH, so številni. Le redko lahko pri posamezniku izluščimo le enega. Večinoma gre za soigro večjega števila dejavnikov, ki določeno osebo počasi, a vztrajno vodijo v eno izmed MH. Razdelimo jih lahko na tri skupine: socio – kulturne (vpliv medijev, glorifikacija vitkosti, stigmatizacija debelosti), biološko – genetske (prekomerna telesna masa novorojenčka, specifične osebnostne lastnosti) in družinske dejavnike tveganja (13, 14). Med družinske dejavnike sodijo: kronične telesne in duševne bolezni staršev (pri otroku in mladostniku povzročajo občutek negotovosti, nestabilnosti in pomanjkanje varnosti), nefunkcionalen (neustrezen) partnerski odnos v smislu stalnih preprirov, pretirane nadvlade enega od staršev nad drugim ali celo nasilnosti, nefunkcionalno starševstvo (otrok mora prevzemati vloge, ki jim ni dorasel: posredovalca, pogajalca, amortizerja ali rabsodnika med staršema, je pretirano zaščiteno ali zanemarjen), hrana kot vzgojni pripomoček oziroma sredstvo nadzorovanja, neustrezna komunikacija med staršema in otrokom (dvojna sporočila), duševne, telesne in spolne zlorabe (6). Že zgodaj v proučevanju etiološkega ozadja MH je v zvezi z družinskimi dejavniki tveganja nastal koncept t.i. »psihosomatske družine« (15), ki so ga kasneje podrobneje proučili tudi številni drugi avtorji (16). Glede na njihove ugotovitve, naj bi bila aleksitimija (nesposobnost subjektivnega prepoznavanja in izražanja čustev ter izrazita kognitivna usmerjenost v zunanji svet) ne samo individualni problem same osebe z MH, pač pa simptom njene celotne družine, katere glavna značilnost je izogibanje konfliktom in čustvenim stresom. Somatizacija čustvenih napetosti je bila »jezik« v proučevanih primarnih družinah oseb z MH. V primerjavi z družinami, katerih otrok je zbolel za AN (zlasti za njenim restriktivnim podtipom), so bili za družine, katerih otrok je zbolel za BN ali purgativno obliko AN, bolj značilni sovražnost, čustvena odsotnost in pomanjkanje empatije ter impulzivnost (17), v vseh pa je bila pogosto prisotna primarna ali sekundarna aleksitimija ter visok odstotek anksioznosti in depresivnosti (16). Enake ugotovitve glede lastnosti primarnih družin oseb z MH navajajo avtorji, ki so raziskovali povezanost pri osebah z MH ugotovljenega visokega odstotka anksioznosti v zvezi z medosebno navezanostjo in situacije v primarnih družinah teh oseb (18). Vse za aleksitimijo značilne lastnosti dejansko lahko razumemo kot različne aspekte procesa medosebnega navezovanja, katerega motnje so eden ključnih patogenetskih faktorjev za nastanek tako samih MH kot tudi veliko bolj pogostih psihičnih motenj, kot so depresija, anksioznost in težave v medosebnih odnosih (19).

3 Oblike in vrste motenj hranjenja

3.1 Anoreksija nervoza (AN)

AN velja za psihiatrični sindrom že zadnjih 100 let, od leta 1980 pa je kot kategorija duševne motnje vključena v Diagnostični in statistični priročnik za duševne motnje in v Mednarodno klasifikacijo bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov (2, 3). Oseba z anoreksijo nervozo čuti **intenziven strah pred debelostjo**, ki se ne zmanjša niti ob **zniževanju telesne mase** (indeks telesne mase (ITM) je manjši od 17,5 kg/m²). Ves čas je prepričana, da je debela, četudi so v resnici že izražene telesne posledice podhranjenosti. To prepričanje imenujemo **motena predstava o lastnem telesu**. Ženske in dekleta ob tem izgubijo menstruacijo.

Glede na način doseganja in vzdrževanja manjše telesne mase AN delimo na dve obliki (5): **restriktivno obliko AN** (Osebe s to obliko vzdržujejo nizko telesno maso predvsem z odklanjanjem hrane. Običajno je izguba telesne mase posledica odklanjanja vseh vrst hrane, včasih pa le ogljikovih hidratov in druge hrane, za katero menijo, da je visoko kalorična. Pogosto te osebe uporabljajo tudi prekomerno telesno aktivnost, s pomočjo katere še dodatno nižajo že tako nizko telesno maso) in **purgativno obliko AN** (Za vzdrževanje nizke telesne mase uporabljajo predvsem bruhanje, predhodno se lahko tudi prenaledajo, odvajala in/ali diuretike).

AN je motnja, ki se razvija postopoma, kot proces. Najpogosteje se izrazi na prehodu iz otroštva v mladostništvo in lahko traja globoko v odraslost. V ozadju je slaba samopodoba in nizko samospoštovanje ter nesposobnost subjektivnega zaznavanja in funkcionalnega izražanja čustev (aleksitimija). Lastno vrednost oseba s to motnjo zaznava skozi oči drugih, predvsem na zunanji, telesni ravni. Začetek je večinoma nedolžen. Oseba se odloči shujšati. Masa ji pada, ona pa se počuti vedno bolje, vse ji gre »kot po maslu« in prvič v življenju ima občutek, da jo okolica opazi, ji posveča pozornost in jo upošteva (»medeni meseci«). Začuti, da ima moč in da je ona tista, ki nadzoruje svoje življenje. Gre torej za poskus prilagoditve, za strategijo, s katero poskuša lažje živeti. Vendar pa se hujšanje ne ustavi in nenadoma se oseba zave, da nima več nadzora v svojih rokah (faza dekompenzacije). V tej fazi motnje pride do izgube nadzora, ki vodi v vedno večji občutek neustreznosti, neuspešnosti in posledično do še slabše samopodobe ter nižjega samospoštovanja kot na začetku opisanega začaranega kroga (9, 10).

AN je tretja najpogostejša kronična bolezen med najstnicami, njena prevalenca je 1 %. Raziskave kažejo, da incidenca in prevalenca v zadnjih desetih letih ne naraščata (za razliko od bulimije) in sta stabilni. Na približno devet do deset žensk zbolijo en moški (20, 21).

3.2 Bulimija nervoza (BN)

BN obravnavamo kot samostojno bolezen šele od šestdesetih in sedemdesetih let prejšnjega stoletja, pred tem je veljala za atipično obliko AN. Od osemdesetih let prejšnjega stoletja je vključena v klasifikacije duševnih motenj (2, 3). Pri osebi z bulimijo nervozo se izmenjujejo obdobja prenaledanja (tako imenovana »volčja lakota«) in različni neustreznosti/kompenzatorni mehanizmi zmanjševanja telesne mase (bruhanje, jemanje odvajal in/ali diuretikov, stradanje, pretirana telesna aktivnost). Prisotna je **preokupiranost z obliko svojega telesa, telesno maso** (ITM je ustrezen, večinoma med 18 kg/m² in 25 kg/m²) in **stalen strah pred debelostjo ter občutki pomanjkljivega nadzora nad lastnim hranjenjem**. Obdobja prenaledanja in neustreznih kompenzatornih vedenjskih vzorcev se povprečno pojavljajo vsaj dvakrat tedensko vsaj tri mesece.

Glede na vrsto uporabljenih kompenzatornih vedenjskih vzorcev za vzdrževanje ustreznega telesne mase BN delimo na dve obliki (5): **purgativno obliko BN** (Prenaledanju sledi sprva hoteno izzvano bruhanje, ki se kasneje sproži refleksno. Poleg bruhanja lahko te osebe zlorabljajo tudi odvajala in/ali diuretike. Ustrezno telesno maso torej vzdržujejo z bruhanjem. Ta oblika predstavlja 80 – 90% vseh primerov BN. Pri tem podtipu se pojavlja več telesnih zapletov in psihiatričnih pridruženih motenj kot pri nepurgativni obliki BN.) in **nepurgativno obliko BN** (Ob prenaledanju ustrežno telesno maso vzdržujejo s stradanjem in/ali pretirano telesno aktivnostjo).

BN je motnja, ki se pojavlja na prehodu iz adolescence v zgodnje odraslo obdobje. Med prenaledanjem oseba z BN poje bistveno večje količine hrane kot večina ljudi ob podobnih priložnostih. Zaužita hrana

je visoko kalorična, sestavljena predvsem iz ogljikovih hidratov in maščob. Opisana oseba se svojega prenašanja sramuje in ga izvaja na samem ter z njim nadaljuje do bolečin v želodcu. Ob pretiranem uživanju hrane sprošča napetost, temu pa sledi občutek krivde in sramu ter posledični kompenzatorni vedenjski vzorci za vzdrževanje ustrezne telesne mase, saj je prisoten paničen strah pred debelostjo (22). Začetek in kasnejši razvoj motnje je podoben kot je bilo to opisano za AN. Populacijske študije prikazujejo življenjsko prevalenco BN 1-4,2 % populacije, vendar je med specifičnimi populacijami, predvsem dijakinjami in študentkami, višja (20, 21). Slovenska raziskava iz leta 2000, v kateri so o prehranjevalnih navadah povprašali 4700 srednješolcev, kaže na še višje deleže neustreznih prehranjevalnih vedenjskih vzorcev: 13,8 % dijakinj in 7,8 % dijakov je navajalo obdobja prenašanja (23). Podobno kot pri AN je 90-95 % vseh oseb z BN ženskega spola (20, 21).

3.3 Kompulzivno prenašanje (KP)

KP je MH, ki se prične najkasneje od vseh treh glavnih oblik in sicer v zgodnjem ali srednjem odraslem obdobju. Obolele osebe imajo občutek pomanjkljivega nadzora nad lastnim življenjem, v ozadju pa sta nizka samopodoba in slabo samospoštovanje. Obdobjem prenašanja ne sledijo vedenjski vzorci za zniževanje telesne mase (bruhanje, stradanje, zloraba odvajal in/ali diuretikov, prekomerna telesna aktivnost), posledično so obolele osebe najpogostejše prekomerno hranjene (ITM je večji od 25 kg/m²) (2, 3). Zadnje raziskave kažejo, da od 70% do 80% debelih ljudi izpolnjuje kriterije za KP, razdelitev po spolu naj bi bila enakovredna (4).

3.4 Nove oblike motenj hranjenja

Med nove oblike MH sodita predvsem ortoreksija nervoza in bigoreksija nervoza.

Ortoreksija nervoza je MH, katere značilnost je patološka obsedenost z zdravo, biološko čisto hrano, ki vodi do izrazitih prehranskih restrikcij. Obolevajo predvsem ženske v zgodnji in srednji odrasli dobi. Jedrni problem je nizka samopodoba in slabo samospoštovanje ter potreba po nadzoru. Izstopajoče osebnostne poteze so perfekcionizem, pretirana storilnost, rigidnost in velika potreba po pohvalah s strani okolice. Odsotni pa so strah pred debelostjo, težnja po vitkosti in motena telesna shema. Ortoreksija vodi, podobno kot druge oblike MH, v podhranjenost, izgubo socialnih stikov in čustvene motnje.

Za **bigoreksijo nervozo**, imenovano tudi mišična dismorfija, je značilna obsedenost s potrebo po mišičastem telesu in izrazito motena telesna shema (kljub pretirano mišičastemu telesu se doživljajo presuhe in premalo močate). V ozadju motnje je nizka samopodoba in slabo samospoštovanje. Obolevajo predvsem moški v obdobju mladostništva in zgodnje odraslosti, ki večino svojega časa preživljajo v fitness studiih, pogosto pa zlorabljajo tudi anabole steroide, kar še dodatno ojači pridruženo depresivno motnjo in povzroči motnje spolnih funkcij, ki so lahko ireverzibilne.

Ortoreksija in bigoreksija nervoza za zdaj še nista uvrščeni v mednarodne klasifikacije bolezni, sta pa na seznamu čakajočih (24).

4 Obravnava motenj hranjenja

Klinične izkušnje potrjujejo, da je oseba z MH, pri kateri se je razvila 24-urna preokupacija s hrano, polna občutkov krivde, sramu in širše življenjske disfunkcionalnosti, tako, da se večina obolelih odloči, da ne želijo več živeti na tak način in poiščejo ustrezno strokovno pomoč

(povprečno mine od 5 do 6 let od pojava MH preden obolela oseba prvič poišče strokovno pomoč). Od tega trenutka dalje zdravljenje ne služi le vzdrževanju življenja (pomoč pri hranjenju in nadzor nad hranjenjem, infuzije, nazogastrična sonda, psihiatrično in internistično spremljanje) in izvajanju motivacijskega procesa, temveč mora voditi v zdravje (telesno in duševno). Potrebno je torej ločevati med reševanjem življenja in zdravljenjem MH. Slednje je možno le s pristankom obolele osebe, uspešno pa je le ob prisotnosti lastne močne motivacije za zdravljenje (25). Pomembna je postavitev jasnih indikacij, zlasti za bolnišnično zdravljenje, ter ustrezna selekcija in priprava bolnikov na zdravljenje – motivacijski postopek. Program zdravljenja MH pri nas je plod poznavanja različnih modelov zdravljenja MH v Evropi in prilagojen slovenskim razmeram. Motivirana oseba, ki nima močno izražene klinične slike ene od MH, se lahko vključi v ambulantno, individualno ali skupinsko psihoterapevtsko obravnavo. Za osebo z bolj izraženo in dalj časa trajajočo simptomatiko katere od MH pa je priporočljivo bolnišnično zdravljenje. Osnova zdravljenja oseb z MH je individualna ali skupinska psihoterapija, ki obsega elemente vedenjsko-kognitivne in dinamsko-razvojne psihoterapije. Prva je usmerjena predvsem v obvladovanje simptomatike posamezne MH, druga pa seže globlje in je usmerjena v prepoznavanje vzrokov, ki so do motnje pripeljali, tekom obravnave se spremeni emocionalni odziv na njih in postopoma tudi neustrezni vedenjski vzorci (26). MH so pogosto pridružene tudi druge psihične motnje, najpogostejše so to motnje razpoloženja, bolezni odvisnosti, obsesivno – kompulzivne motnje in osebnostne motenosti (27). V naštetih primerih je potrebno poleg psihoterapije uporabiti tudi farmakoterapijo. Večinoma se dodaja antidepresive različnih vrst, odvisno od pridružene motnje, pogosto pa tudi atipične nevroleptike, ki prevzemajo vlogo sedativov in hipnotikov (slednjim se izogibamo zaradi odvisnosti, ki jo povzročajo).

Družina je pomemben dejavnik tveganja za razvoj MH (6, 16), zato je ključnega pomena, ne samo za vzpostavitev zdravja, temveč predvsem za njegovo ohranitev in preprečevanje ponovitve motnje, da se v obravnavo vključi celotno družino oziroma bližnje (starša, partner/partnerka, sorojenci, skrbniki, itd.) (13).

V Sloveniji obstaja od leta 2000 specializiran oddelek za obravnavo motenj hranjenja: Enota za zdravljenje motenj hranjenja (EMH), ki je del Psihiatrične klinike Ljubljana in je edina tovrstna ustanova pri nas.

5 Potek in izid obravnave motenj hranjenja

Raziskave kažejo, da manj kot 50 % oseb z AN doseže popolno ozdravitev, pri 33 % se stanje izboljša, pri 20 % pa vztraja kronična oblika bolezni. Približno 33% oseb, ki je doseglo popolno ozdravitev, tekom naslednjih nekaj let ponovno oboli. Boljšo prognozo imajo osebe, pri katerih je bila motnja hitro diagnosticirana in strokovno obravnavana, ter tiste, ki imajo višji indeks telesne mase, krajše trajanje motnje in več atipičnih simptomov (28). Izrazito zgoden pričetek motnje, to je pred pričetkom pubertete, ima slabšo prognozo in taka motnja je terapevtsko težje pristopna. Približno 50 % oseb z AN med potekom motnje razvije simptome BN. V splošnem je izid zdravljenja pri osebah z MH v polovici primerov odličen, v četrtini dober z možnostjo ponovitve motnje in v četrtini slab. Obravnava oseb z AN je dolgotrajnejša in manj uspešna kot obravnava oseb z BN (29).

Približno 50 % oseb z BN doseže popolno ozdravitev, pri večini ostalih se občasno ponavljajo simptomatska obdobja, doživljenjska kronična oblika motnje pa se pojavlja le pri nizkem odstotku obolelih. Pri 33 % ozdravljenih oseb se motnja ponovi. Kazalci slabše prognoze so daljše trajanje motnje, anamneza neuspešnih poskusov zdravljenja,

pridružena zloraba ali odvisnost od psihoaktivnih snovi in osebnostne motnje (28). Izid zdravljenja oseb z BN je mnogo boljši kot pri tistih z AN. Posledično je obravnava krajša in možnost ponovitve motnje manjša (29).

Podatkov za potek in izid zdravljenja kompulzivnega prenejanja še ni, saj je bila motnja uvrščena v klasifikacije šele pred dobrimi desetimi leti in raziskave še niso končane.

6 Literatura

- Turnbull S, Ward A, Treasure J et al. The demand for eating disorder care: An epidemiological study using the general practice research base. *Br J Psychiatry* 1996; 196: 705-712.
- DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4. izd.. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- MKB-10: Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1995.
- Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet* 2010. (v tisku)
- Herzog DB, Dorner DJ, Keel PK et al. Recovery and Relaps in anorexia and bulimia nervosa: a 7,5 year follow- up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 829-837.
- Treasure J. Eating disorders. V: Murrey R, Hill P, McGuffin P (ured.). *The Essentials of Postgraduate Psychiatry*. 3. izd.. Cambridge: Cambridge University Press, 1997: 192-221.
- Gordon R. V: Anorexia and Bulimia: Anatomy of a social Epidemic. 1. izd.. Cambridge: Basil Blackwell Inc, 1990: 1-11.
- Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychol Bull* 2002; 128: 825-848.
- Bruch H. Anorexia nervosa: therapy and theory. *Am J psychiatry* 1982; 139: 1531-1538.
- Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM et al. Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *J Psychosom Res* 1996; 41(6): 561-568.
- Westen D, Harnden-Fischer J. Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 547-562.
- Van Strien T, Ouwens MA. Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eat Behav* 2007; 8(2): 251-257.
- Eivors A, Nesbitt S. Lačni razumevanja. Maribor: Založba Obzorja, 2007.
- Myers TA, Crowther JH. Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: a meta-analytic review. *J Abnorm Psychol* 2009; 118(4): 683-698.
- Minuchin S, Rossman BL, Baker L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. London: Harvard Univ. Press, 1978.
- Eizaguirre EA. Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationships with psychopathological and personality variables. *J Psychosom Res* 2003; 55: 553-560.
- Humphrey LL. Relationships within subtypes of anorexia, bulimia and normal families. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 1988; 27: 544-551.
- Liberte M, Boland FJ, Lechner P. Family climates: Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *J Clin Psychol* 1999; 55: 1021-1040.
- Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood. New York: Guilford Press, 2007.
- Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F et al. Prevalence, heritability and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 305-312.
- Salbach-Andrae H, Lenz K, Simmendinger N et al. Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Chil Psychiatry Hum Dev* 2008; 39: 261-272.
- Birmingham CL, Beumont P. Medical management of eating disorders. Cambridge university press, 2004.
- Tomori M, Rus-Makovec M. Eating behavior, depression and self-esteem in high school students. *J Adolesc Health* 2000; 26: 361-367.
- IX. Conference on Eating Disorders (www.mahealthcarevents.co.uk), London, 2009
- Sernec K. Motnje hranjenja. V: Pregelj P, Kobentar R, (ured.). *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett; 2009: 249-254.
- Bowers WA. Cognitive therapy for anorexia nervosa. *Cogn Behav Pract* 2002; 9: 247-253.
- Krug I, Pinheiro AP, Bulik C et al. Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/dependence and novelty seeking in eating disorders: comparison study of eating disorder subgroups. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63(1): 82-87.
- Clausen L. Time to remission for eating disorder patients: a 2(1/2)-year follow-up study of outcome and predictors. *Nord J Psychiatry* 2008; 62(2): 151-159.
- Nicolas I. Long-term evolution and complications of eating disorders. *Rev Prat* 2008; 58(2): 151-155.