

BEATA HOFFMANN*

ZABURZENIA ODŻYWIANIA W UJĘCIU HISTORYCZNYM

Wprowadzenie

Od kilkunastu lat, w wielu krajach świata, w tym w Polsce, obserwuje się wzrost liczby pacjentów z rozpoznaniem jednostek chorobowych z kręgu zaburzeń odżywiania. Mimo iż najczęściej pojęcie zaburzenia odżywiania odnosi się do anoreksji i bulimii, w ostatnich latach obserwuje się rozpowszechnienie takich dysfunkcji, jak: diabulimia (Hoffmann, 2019a), alkoreksja (Hoffmann, 2020) czy pregoreksja (Hoffmann, 2019b, 2019c).

Mimo że zaburzenia te są przedmiotem coraz większej liczby publikacji naukowych, ich historia jest mniej znana. Uważane niekiedy za przejaw świętości, kiedy indziej za problem psychiczny czy chorobę o podłożu fizjologicznym, postrzegane i interpretowane przez pryzmat uwarunkowań kulturowych, społecznych oraz ekonomicznych, od lat pozostają zagadkowym zjawiskiem.

Przyjęta przeze mnie perspektywa historyczna ma na celu ukazanie nie tylko jak zmieniało się podejście do jadłowstrętu na przestrzeni wieków, lecz także jak na przestrzeni lat wyglądała intensyfikacja w obszarze dysfunkcji odżywiania. Artykuł konstruuje się również wokół rozważań, czy współczesny jadłowstręt psychiczny stanowi pewną historyczną kontynuację *anorexii mirabilis*, czy też jest jednostką odrębną. W tekście używam zamiennie pojęć: jadłowstręt psychiczny, anoreksja i *anorexia nervosa*.

Uzależnienia behawioralne

Za twórcę terminu „uzależnienie od czynności” uważany jest austriacki psychiatra i psychoanalityk Otto Fenichel. W wydanym w 1945 r. dziele zatytułowanym *The psychoanalytic theory of neurosis* po raz pierwszy użył termi-

* Beata Hoffmann (<https://orcid.org/0000-0001-7339-4256>); Uniwersytet Warszawski, ul. Nowy Świat 69, 00-046 Warszawa; tel. +48 22 5520164; e-mail: hoffmann.beata@gmail.com

nu *addictive behaviors* (The SAGE International Encyclopedia of Mass Media and Society). Za współczesnego twórcę kryteriów uzależnień czynnościowych uważany jest Aviel Goodman. W swojej pracy (1990) wykorzystał on kryteria diagnostyczne z DSM-III-R odnoszące się do zaburzeń wynikających z nadużywania substancji psychoaktywnych oraz do hazardu patologicznego, a następnie dokonał ich przegrupowania i połączył w jednostkę nozologiczną, którą określił mianem „zaburzeń nałogowych” (za: Lelonek-Kuleta, 2014). Kolejno kategoria ta (w ICD-10) została określona mianem „zaburzeń nawyków i popędów (impulsów)”, i najczęściej określana jest jako uzależnienia behawioralne. Są wśród nich m.in.: uzależnienie od hazardu, kupnoholizm, pracoholizm, uzależnienie od komputera i Internetu (posiadające podtypologie). W przypadku tej grupy uzależnień charakterystyczny jest pojawiający się i utrzymujący przymus wykonywania pewnej czynności, utrata kontroli nad czasem jej wykonywania, pojawienie się dolegliwości zespołu abstynencyjnego w sytuacji niewykonania czynności, jak i kompulsywne pragnienie jej kontynuowania pomimo negatywnego wpływu na funkcjonowanie psychiczne, społeczne, a nawet stan fizyczny człowieka (Cierpialkowska, 2006).

Bohdan Woronowicz (2001, s. 185), na podstawie obowiązującej w Polsce od roku 1996 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), zaproponował z kolei, aby zaburzenia nawyków i popędów rozumieć, jako „powtarzające się działania bez jasnej, racjonalnej motywacji, które nie mogą być kontrolowane i zazwyczaj szkodzą zarówno interesom pacjenta, jak i innych ludzi”. Wszystkie te zaburzenia łączy impuls lub pokusa do wykonywania wspomnianych czynności, wzrost napięcia emocjonalnego zaraz przed i uczucie ulgi, radości zaraz po danym zachowaniu.

W połowie 2018 r., Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przedstawiła nową wersję Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11. W ramach przygotowań nowej klasyfikacji przegrupowano podział części chorób i problemów zdrowotnych, tak by lepiej odzwierciedlał aktualną wiedzę medyczną (Sarnecki, 2018). Nowa wersja ICD-11 ma obowiązywać od 2022 roku. Zarówno kolejna edycja klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM-5 (2013), jak i ICD-11 uwzględniają złożony oraz dynamicznie zmieniający się obraz kliniczny zaburzeń odżywiania się. Ze względów formalnych w prezentowanym artykule opieram się głównie na klasyfikacjach ICD-10 i DSM-5.

Zaburzenia odżywiania

Trudno zaprzeczyć, że duża część życia społecznego ma związek z pokarmami, a dla wielu osób jedzenie należy do największych przyjemności życiowych (Woronowicz, 2009). Właściwa dla organizmu, zbilansowana dieta jest nawykiem żywieniowym, wpływającym korzystnie na zdrowie człowieka. Odstęp-

stwa czasowe od dotychczas stosowanych modeli odżywiania się zdarzają się często i mogą być one spowodowane zarówno osobistym wyborem, zaleceniami lekarskimi, jak i dietą, której celem jest osiągnięcie, bądź utrzymanie pożądanej przez jednostkę wagi. Istnieją jednak sytuacje, kiedy przesadne stosowanie restrykcyjnej diety może szkodzić zdrowiu, a nawet stać się dla niego poważnym zagrożeniem, prowadząc do autoagresji żywieniowej (Sawaściuk, 2003). Tak dzieje się w sytuacji, kiedy pożywienie staje się sposobem radzenia sobie z napięciem, stresem, negatywnymi emocjami, czy środkiem do wyrażania potrzeb psychicznych lub społecznych.

Zaburzenia odżywiania w DSM-5 zostały zdefiniowane jako „zachowania charakteryzujące się uporczywymi dysfunkcjami odżywiania, upośledzającymi zdrowie fizyczne lub funkcjonowanie psychospołeczne” (American Psychiatric Association..., 2013).

Do najczęściej opisywanych zaburzeń odżywiania należą wspomniane anoreksja i bulimia. Wśród niesklasyfikowanych, a zaburzonych wzorców odżywiania wymieniane są: ortoreksja, diabulimia, bigoreksja, alkoreksja czy pregoreksja. Istnieją również tzw. atypowe formy zaburzeń odżywiania, jak: zespół napadowego objadania się (ang. *binge eating disorder*) czy zespół nocnego objadania się (ang. *nighteating syndrome*). Bywają przypadki, gdy unikanie lub ograniczenie jedzenia może być związane z sensorycznymi cechami żywności i może przejawiać się w ekstremalnej wrażliwości na wygląd (w tym kolor), zapach, temperaturę, konsystencję czy smak potraw. Może też polegać na odmowie spożywania (a nawet spróbowania) nieznanych dotychczas potraw. Takie zachowanie, nazywane neofobią pokarmową, najczęściej obserwowane jest u dzieci, choć nie jedynie i może przejawiać się np. w postaci odmowy spożywania określonych marek żywności lub nietolerowaniu zapachu jedzenia spożywanego przez innych. Mimo że atypowe formy zaburzeń odżywiania nie spełniają wszystkich kryteriów diagnostycznych, stanowią istotny problem jednostkowy i społeczny. Staje się on szczególnie niebezpieczny, gdy dotyczy specyficznych grup, u których występowanie wszelkich nieprawidłowości żywieniowych stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia.

Zaburzenia odżywiania nigdy nie są ograniczone wyłącznie do problemu z jedzeniem. Zdaniem ekspertów są one jedynie widocznym objawem istnienia innych problemów odpowiedzialnych za tę dysfunkcję (Woronowicz, 2009). Wśród czynników ryzyka wymienia się przede wszystkim predyspozycje biopsychiczne oraz uwarunkowania społeczno-kulturowe.

Historia zaburzeń odżywiania

Jak wynika z doniesień historycznych, zaburzenia odżywiania występowały już w starożytności (Stunkard, 1993). Jedne z pierwszych opisanych praktyk religijnych polegających na dobrowolnym poście „na śmierć” poprzez stopnio-

we zmniejszanie spożycia żywności i płynów (Dundas, 2002) – *Sallekhana* (*samlehna, santhara, samadhi-marana* lub *sanyasana-marana*), stanowią część etycznego kodeksu postępowania dżinizmu. Postrzegane są, w uproszczeniu, jako ukrócenie ludzkich namiętności i potrzeb ciała (Jain, 2012). Pierwsze opisy praktyk ascetycznych skierowanych również na skrajny post pochodzą z początków ery chrześcijańskiej, a rozpowszechnione były zwłaszcza wśród wyznawców monastycyzmu. Jedną z symbolicznych postaci stał się Symeon Słupnik Starszy (*Szymon Słupnik, Symeon Stylita*) asceta i święty Kościoła katolickiego, a także święty mnich Kościoła prawosławnego, którego skrajne formy umartwień i niezwykle tryb życia, w tym szczególnie radykalny post, powielane były przez jego naśladowców. W tamtym czasie ciało traktowane było jako główna przeszkoda na drodze ku Bogu. Potrzeby fizyczne należało więc drastycznie ograniczać (Skotnicka, 2015).

Z zapisków Hipokratesa można było dowiedzieć się o chorobliwym powstrzymywaniu się od spożywania pokarmów, w stosunku do którego używano określeń: *απόλεια πείνας* (utrata głodu) i *απόλεια όρεξης* (utrata apetytu). Mimo że pojęcie anoreksji wywodzi się z greki (*άνορεξία*) trudno odnaleźć ślady zachowań anoreksyjnych, podobnych do dzisiejszych. Post był postrzegany jako forma krótkotrwałego dyscyplinowania życia i spełniał podobną funkcję *coǔσκησις* (ćwiczenia). Jego celem było np. przygotowanie ciał sportowców do treningu fizycznego na igrzyskach olimpijskich. Hipokrates także zalecał post. Uważał go za środek oczyszczenia w walce z chorobą.

Galen łączył zaburzenie odżywiania ze stworzoną przez siebie koncepcją płynów humoralnych, warunkujących stan organizmu. Był autorem terminu „bulimia”, który został stworzony dla opisu tzw. byczego głodu (*bulimis*), jednak problemowi temu poświęcano znacznie mniej uwagi niż jadłowstrętowi. Badanie historii bulimii było przez wieki zaniedbywane, przede wszystkim z powodu trudności opisowo-definicyjnych zjawiska (Russel, 1997). Co ciekawe, pojawiające się na przestrzeni lat wzmianki często dotyczyły przypadków mężczyzn (Crichton, 1996). Nie było to powszechne w kolejnych wiekach.

Pierwszy przypadek śmierci kobiety w efekcie skrajnego postu został potwierdzony w 383 roku. Jego ofiarą stała się jedna ze szlachetnie urodzonych kobiet, z otoczenia św. Hieronima ze Strydonu, postulującego obok drastycznego postu również zachowanie dziewictwa (Lopez, 2019). Od tego czasu praktykowanie postu stało się przywilejem kobiet, choć nasilenie tego trendu można datować dopiero na wiek XIII i XIV.

Średniowieczne praktyki głodowe uwidaczniały różnicę między płciami w podejściu do ascezy. Radykalne przestrzeganie postu było typowe przede wszystkim dla kobiet (Bell, Weinstein, 1982). Mimo że u osób odmawiających pożywienia dochodziło do poważnych dysfunkcji przewodu pokarmowego, wspomniane osoby były traktowane nie jako chore, lecz wyjątkowe, żyjące dzięki religijnej gorliwości (Żechowski, 2004). Tak było m.in. w przypadku świętej

Katarzyny ze Sieny, której oddanie wierze doprowadziło do śmierci głodowej. W tym przypadku i jemu podobnych ekstremalnie chuda sylwetka nie była celem samym w sobie.

Zaburzenia odżywiania tego okresu noszą nazwę *anorexia mirabilis* (Bell, Weinstein, 1982), czyli anoreksji świętej. Mimo że motywy tych ascetycznych zachowań były przez duchownych akceptowane, podejmowali oni niejednokrotnie próby nakłonienia do jedzenia skrajnie wycieńczonych postem kobiet, w celu zapobieżenia grzechowi samobójstwa (Bell, 1987; Bynum, 1987).

Przetrawanie pomimo braku jedzenia stawało się świadectwem istnienia pokarmu duchowego, który rekompensował skutki postu. Ów zbiór praktyk oprócz postu często obejmował abstynencję seksualną, samobiczowanie i żarliwą modlitwę. Historyk Rudolph M. Bell ujawnił 181 przypadków *anoreksji mirabilis* między latami 1200 a 1600. Jak zaznacza (Bell, 1987), wszystkie kobiety, których to dotyczyło, miały na celu prowadzenie życia ofiarnego, poświęconego Bogu poprzez *imitatio Christi* – zbiór praktyk naśladowujących życie Chrystusa.

Schyłek idei i wartości średniowiecza, powstanie Reformacji, a wraz z nią pewne zmiany w postrzeganiu kultu świętych, przyczyniły się do zmiany spojrzenia na ekstremalny post. Epoka odrodzenia okazała się przychylna podróżom, wyprawom poznawczym, handlowym i edukacyjnym. Zapoczątkowała też zmiany w sposobie odżywiania się, zamieszkania i ubioru. Nie oznaczało to, że problem zaburzeń odżywiania się przestał być obecny, jednak coraz częściej pojawiała się tendencja do jego medycznej, a nie religijnej interpretacji: ok. 1550 roku zaczęto zwracać uwagę na związek niejedzenia i zaburzeń, które dziś określilibyśmy mianem depresyjnych (Liles, Woods, 1999). Przypadki głodowania najczęściej dotyczyły młodych dziewcząt, pochodzących z niższych warstw społecznych. Ich praktyką było konsumowanie jedynie tych potraw, które zasługiwały na miano „czystych” i „delikatnych”. Były to przede wszystkim owoce, jadalne kwiaty i nektary. Powszechnie uznawano, że eteryczna natura dziewcząt wymaga podobnego pożywienia, stąd odmowa jedzenia obfitych, tłustych i bogatych w mięso posiłków. Osławiona Eva Flegen z Meurs (ur. 1575), przedstawiana na obrazach z nieodłącznym bukiecikiem kwiatów, twierdziła, że żywi się wyłącznie ich wonią.

W okresie baroku odmowa jedzenia ponownie związana była z wymiarem religijnym, choć nie w takim stopniu, jak miało to miejsce w średniowieczu. Głodówki stały się przede wszystkim elementem obrzędów żałobnych, a ich celem było zjednoczenie z Chrystusem (Żechowski, 2004). Wychudzone sylwetki żalobnic silnie kontrastowały z ówczesnym ideałem kobiety o pełnych kształtach. Były też opisywane przypadki, które nie podlegały jednoznacznej klasyfikacji. Wśród nich znalazła się historia Jane Balan, „Francuskiej postnej dziewczyny z Confolens” (Hepworth, 1999, s. 23). Przypadek ten został opisany w 1613 r. przez Pedro Mexio. Zdaniem ówczesnego medyka Balan pościła przez ok. trzy lata. Za taki stan rzeczy obwiniono starszą kobietę, która podarowała

10-letniej wówczas Balan zatrute jabłko. Mexio zdiagnozował ten przypadek jako powstały na skutek „wysuszenia wątroby i wszystkich organów służących trawieniu za sprawą szkodliwych płynów”, spowodowanych konsumpcją owego jabłka (Hepworth, 1999, s. 23). Inni lekarze, interpretując jadłowstręt w kategoriach naukowych, zaczęli również, prócz słynnego terminu *anorexia mirabilis*, używać określenia *inedia prodigiosa* (potworny głód).

U podstaw XVII-wiecznej medycyny leży poglądy alchemików, a szczególnie popularyzowana przez nich koncepcja jatrochemii. Za jej twórcę uważano Paracelsusa, choć za najdojrzałego reprezentanta uznano Johanna Baptistę van Helmonta – flamandzkiego teologa, lekarza i chemika, odkrywcę *gas silvestre*, czyli dzisiejszego dwutlenku węgla. Van Helmont uważał, że podstawą wszystkich czynności ciała ludzkiego są procesy chemiczne, zwłaszcza przebiegające wieloetapowo trawienie. Ważna rola przypadała tzw. fermentom (obecnie enzymy), które regulowały procesy życiowe. Proces trawienia wpływał zdaniem van Helmonta na powstanie niezbędnej do życia energii. Przyczyną chorób, w tym jadłowstrętu, było zaburzenie procesów fermentacyjnych, wskutek czego w żołądku zaczynały wytwarzać się tzw. złe kwasy. Zamieniały się one w toksyczne gazy, które zatrwały cały organizm: jeśli trafiały do mózgu, człowieka ogarniały napady gniewu i wściekłości, jeśli do macicy – ataki hysterii (w starożytności histerię nazywano dusznością maciczną), jeśli do przegubów rąk – podagra itd. Najpopularniejszym i zarazem jedynym środkiem neutralizującym owe gazy była sól glauberska stosowana do leczenia niestrawności.

W 1694 r. angielski lekarz Richard Morton, przekonany o odkryciu nieswoistej postaci gruźlicy, przebiegającej u młodej kobiety bez duszności i gorączki, za to z utratą apetytu, zanikiem miesiączkowania oraz wyniszczeniem organizmu, przedstawił pierwszy w czasach nowożytnych przypadek anoreksji. Przełomowa monografia *Phthisiologia, or, atreatise of consumptions* zawierała prekursorski opis jadłowstrętu, wskazując na psychologiczną etiologię tego zaburzenia (Moncrieff-Boyd, 2016).

Dzięki rozwojowi medycyny i nauk przyrodniczych, w oświeceniu odnotowano znaczny postęp w zakresie „diagnostyki” anoreksji. Ewolucja metody empirycznej i pozytywizmu doprowadziły do nowych podejść w dziedzinie medycyny oraz psychiatrii, a zwłaszcza w sposobie konceptualizacji zaburzeń odżywiania.

Mimo iż jadłowstręt psychiczny był w owym czasie domeną kobiet, angielski lekarz Robert Willan jako jeden z pierwszych opisał objawy skrajnej utraty wagi u mężczyzn. W opublikowanym w 1790 r. artykule *A remarkable case of abstinence* przedstawił przypadek młodego Anglika o „intelektualnej i melancholijnej naturze” (za: Berg i in., 2002), który zmarł z wyczerpania po 60 dniach nieprzyjmowania pokarmów.

Kolejny opis anoreksji został zaprezentowany przez Erasmusa Darwina w 1794 roku. Darwin dokonał kategoryzacji praktyk świadomego powstrzymy-

wania się od pokarmów, włącznie z przypadkami śmierci z zagłodzenia. Przypadki te były rozpowszechnione zwłaszcza wśród młodych kobiet, dążących obsesyjnie do zachowania ekstremalnie szczupłej sylwetki (Dell’Osso i in., 2016). Trudno natomiast stwierdzić, jakie motywy stały za takimi dążeniami.

W XIX w. zaczęły pojawiać się doniesienia o rosnącej liczbie zaburzeń odżywiania. Początkowo opisywano zaburzenia odżywiania występujące w postaci wymiotów i głodówek powodowanych subiektywnym przekonaniem pacjentek o niemożliwości połykania lub niezdolności do jedzenia z powodu „ból brucha”. Zaburzenia te interpretowano jako przejawy hysterii (Micheli-Rechtman, 2009). W roku 1840 badania francuskiego lekarza Fleury’ego Imberta stały się podstawą pracy zatytułowanej *Traité théorique et pratique des maladies des femmes*. Imbert dokonał w niej wyróżnienia anoreksji żołądkowej (*anorexie gastrique*) i anoreksji nerwowej (*anorexie nerveuse*), potwierdzając, że również we Francji przypadłość ta dotyczy kobiet.

W 1858 r. ukazała się publikacja francuskiego psychiatry Louisa-Victora Marcé, pod tytułem *Traité de la Folie des Femmes Enceintes, des Nouvelles Accouchées et de Nourices*, która powstała na podstawie wielu studiów przypadków opisujących zaburzenia psychiczne kobiet w trakcie i po ciąży, w tym przede wszystkim objawy anoreksji. W 1860 r. Marcé, opublikował artykuł, z którego wynikało, że jadłowstręt nie jest powodowany dysfunkcją przewodu pokarmowego, a pewnym typem majaczenia (za: Vandereycken, van Deth, 1994). W swojej pracy przedstawił dwa przypadki kliniczne, obrazujące urojenia, które doprowadziły do całkowitej odmowy jedzenia. Tym samym Marcé nie tylko pchnął rozważania nad etiologią zaburzeń odżywiania w kierunku psychiatrii, lecz także to jego opis jadłowstrętu był najbliższy współczesnemu obrazowi anoreksji psychicznej.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że zainteresowanie zarówno lekarzy, jak i środowiska społecznego przypadkami „głodujących dziewcząt” stało się pretekstem do koncentracji uwagi na tych osobach, wywołując do pewnego stopnia modę na niejedzenie. Dziewczętom chodziło nie tyle o osiągnięcie niezwykle szczupłej sylwetki, ile o zwrócenie uwagi na swoje wyjątkowe przymioty. Co ciekawe, obok rzeczywistych przypadków jadłowstrętu, pojawiły się próby oszustwa w celu zdobycia sławy, a niekiedy, jak w przypadku oszustki Ann Moore, toczyły się procesy sądowe.

Również w Stanach Zjednoczonych wzrosło zainteresowanie przypadkami celowego głodzenia się. W 1859 r., w *American Journal of Insanity* ukazał się artykuł Williama Stouta Chipleya poświęcony *sitomanii* – rodzajowi szaleństwa polegającego na intensywnym strachu lub wstręcie do jedzenia (Mott, Lumsden, 1994). Mimo iż zaburzenie to nie zostało zaklasyfikowane jako choroba psychiczna, Chipley zwrócił uwagę na społeczne determinanty dysfunkcji. Głodującymi były dziewczęta wywodzące się z wyższych warstw społecznych, które poprzez swoje zachowanie wywierały presję na rodzinie i bliskich, jak i koncentrowały na sobie uwagę otoczenia (Mott, Lumsden, 1994).

Jadłowstręt stał się przedmiotem niezależnych badań lekarzy: Anglika, sir Williama Wishey Gulla i Francuza Ernesta-Charles'a Lasègue'a. W 1868 r. sir William Gull wygłosił swoje spostrzeżenia na temat jadłowstrętu na forum British Medical Association. Podkreślił, że problemem dotknięte są przede wszystkim młode kobiety w wieku między 16. a 23. rokiem życia, u których dochodzi do skrajnego wychudzenia. Nie podał przyczyn rozwoju zaburzenia, ale skrótowo opisał postępy w leczeniu jadłowstrętu. W 1873 r. Gull opublikował swoją przełomową pracę *Anorexia nervosa (apepsja hysterica, anorexia hysterica)*, w której szczegółowo przedstawił trzy przypadki kobiet z anoreksją (za: Black, Andreasen, 2011). Charakterystykę nowej jednostki chorobowej przetłumaczono na kilka języków i pojawiła się w fachowej literaturze amerykańskiej, niemieckiej, włoskiej i holenderskiej. Od tego czasu anoreksję zaczęto traktować jako chorobę o podłożu psychicznym, której skutki odczuwane są również fizycznie. W tym samym roku wspomniany już francuski lekarz Lasègue opublikował artykuł zatytułowany *De l'Anorexie Hysterique*.

Zarówno w opisie anoreksji Lasègue'a, jak i Gulla odnajdujemy takie objawy, jak: odmowa jedzenia, drastyczne wychudzenie ciała, zaburzenia miesiączki (do jej całkowitego zaniku). Co ciekawe, ani Lasègue, ani Gull nie wspominają o strachu przed przybraniem na wadze, które jest jednym z podstawowych kryteriów diagnostycznych współczesnej anoreksji. Lasègue na podstawie analizy przypadków ośmiu pacjentów leczonych z powodu jadłowstrętu, jako pierwszy zwrócił uwagę na fakt, że zaburzenie to rozwija się fazowo, ma chroniczny przebieg, a osiągnięcie sukcesu w leczeniu przeplata się z niepowodzeniem. Lasègue przedstawił też stworzony przez siebie model spirali anorektycznej, charakteryzującej się obojętnością, obrzydzeniem, niechęcią, a ostatecznie głodem, złym stanem zdrowia i możliwą śmiercią. Ostatnie ze stadiów było jedynie hipotetyczne, gdyż nie zarejestrował on śmierci wynikającej jednoznacznie z jadłowstrętu psychicznego. Co ciekawe, ani Gull, ani Lasègue nie zaobserwowali nawrotów choroby u osób ich zdaniem wyleczonych. Niezwykle cennym spostrzeżeniem Lasègue'a było zwrócenie uwagi na czynniki rodzinne w rozwoju anoreksji. Przedstawiając szczegółowy opis sceny, w której krewni próbują przekonać osobę z anoreksją do jedzenia, pokazał że środowisko rodzinne często przyczynia się nie tylko do rozwoju choroby, lecz także do jej podtrzymywania. Tym samym dokonało się przejście od *anorexii mirabilis* – „znaku świętości”, do patologicznej anoreksji, „zawłaszczzonej” przez medyków, na oznakę zaburzeń psychicznych (Micheli-Rechtman, 2009).

Pod koniec XIX w. francuski neurolog Jean-Martin Charcot i jego uczeń – Pierre Janet zwrócili uwagę na znaczenie zarówno czynników psychicznych, jak i środowiska rodzinnego w rozwoju anoreksji. Z kolei Sigmund Freud wskazał na jej psychoseksualne podłoże: wstręt do jedzenia u dorastających dziewcząt był zdaniem Freuda przejawem awersji wobec seksualności (Lawrence, 2008). Podkreślił też rolę niejedzenia w nerwicach, co zostało podjęte również przez późniejszych psychoanalityków.

Nie brak też było poglądów kładących nacisk na organiczne pochodzenie jadłowstrętu. Rzecznikiem takiego poglądu stał się niemiecki lekarz, patolog – Morris Simmonds, który jako pierwszy opisał w 1914 r. charłactwo przysadkowe (Escamilla, Lisser, 2013). Schorzenie to, zwane też Chorobą Glišńskiego i Simmondsa, związane jest z niedoczynnością lub martwicą przedniego płata przysadki mózgowej i jest w stanie wyniszczyć organizm w stopniu zbliżonym do anoreksji. Pogląd ten na wiele kolejnych lat odwrócił wprawdzie uwagę od psychologicznych uwarunkowań powstania jadłowstrętu (Józefik, 1999), jednak nadal odnotowywano próby interpretacji psychoanalitycznych (Wooldridge, 2018). Późniejsze badania medyczne obaliły podejście Simmondsa, zwracając uwagę, że uszkodzenie przysadki u jego pacjentki było prawdopodobnie wynikiem choroby, a nie jej przyczyną.

Pod koniec lat 40. XX w. brytyjscy patolodzy Harold Leeming Sheehan i Victor Kirwan Summers, odkryli istotne różnice między charłactwem przysadkowym a anoreksją. Pokazali, że zbieżność między tymi jednostkami chorobowymi dotyczy jedynie dwóch związanych ze sobą objawów: ekstremalnie niskiej wagi i chęci jej utrzymania (Newton, 2019).

W połowie XIX i na początku XX w. pojawiały się w publikacjach medycznych powtarzające się opisy przypadków kobiet, u których występowały symptomy współczesnej bulimii. Były to przede wszystkim wymioty i różne formy płukania żołądka, następujące po obfitej konsumpcji. Istniały też przypadki „mieszane”, gdzie trudno było jednoznacznie stwierdzić, jakiego typu zaburzenie występuje (Van Deth, Vandereycken, 1995).

Raport z 1870 r. opisuje 14-letnią dziewczynkę, która pościła przez 18 dni, a następnie wkraczała w okres, w którym jadła żarłocznie (Lopez, 2019). W tym przypadku występowały dłuższe okresy objadania się naprzemiennie z dłuższymi okresami postu, który zastąpić miał zachowania kompensacyjne, charakterystyczne dla współczesnej bulimii.

W wydanym w 1892 r. medycznym podręczniku *The principles and practice of medicine: Designed for the use of practitioners and students of medicine*, autorstwa sir Williama Oslera z Johns Hopkins University, zaprezentowano pierwszy nowożytny obraz zespołu objawów żarłoczności psychicznej.

Druga połowa XIX w. ukształtowała romantyczny ideał kobiecego ciała: kobieta musiała być bardzo szczupła, delikatna, o bladej cerze, która miała oddać jej melancholijną naturę. Wyróżnikiem społecznego wzoru kobiecości stała się chudość, którą wcześniej uznawano za piętno ubóstwa (Darmon, 2008). Trend ten początkowo rozpowszechniał się w wyższych warstwach społecznych, zajmując należne miejsce w poezji lorda Byrona i obrazach prerafaelitów, jak i (niektórych) symbolistów, stanowiąc twórczy archetyp nowego standardu kobiecego ciała. Umiar w jedzeniu i pochwała szczupłości stały się również obowiązującą kobiety normą wschodzącej klasy społecznej – burżuazji (Darmon, 2008).

Wraz z narodzinami gastronomii, miejsce „przy kuchni” zostało zarezerwowane dla kobiet z klasy robotniczej, reprezentantkom burżuazji zalecano zaś korzystanie z wypoczynku i dbanie o wygląd. Niepotrzebne krągłości mogły się przyczynić do drastycznego zmniejszenia szans kobiety na rynku małżeńskim. Tym samym powstał podatny grunt pod rozwój zaburzeń odżywiania się. Anoreksja była wprawdzie z jednej strony uznawana za stan patologiczny i oznakę zaburzenia psychicznego, z drugiej jednak strony była uprawomocniona (przynajmniej we wstępnej fazie), stając się świadectwem respektowania nowej normy społecznej, nakazującej szczupłość i kontrolę nad swym ciałem.

Mimo że okres II wojny światowej nie sprzyjał prowadzeniu badań naukowych poświęconych zaburzeniom odżywiania się, należy wspomnieć o chorej na anoreksję i bulimię Ellen West. Była ona pierwszą pacjentką, w stosunku do której leczący ją psychiatra – Ludwig Binswanger – zastosował analizę egzystencjalną. Przypadek Ellen West został przez niego opisany w 1944 r., stając się przedmiotem dyskusji środowisk psychiatryczno-psychologicznych w kolejnych latach.

Również w 1944 r. przeprowadzono niezwykle ciekawy, trwający rok, eksperyment (*Minnesota Starvation Experiment*), którego celem było określenie fizjologicznych i psychologicznych skutków ostrych oraz długotrwałych restrykcji żywieniowych, a także skuteczności strategii rehabilitacji dietetycznej. Badania, prowadzone były na zdrowych ochotnikach poddanych głodówce, ich wyniki pokazały zaś, że liczne objawy, charakterystyczne dla jadłowstrętu psychicznego, mogą być efektem głodzenia się, a nie jego przyczyną (Keys i in., 1950).

Postęp w badaniach nad zaburzeniami jadłowstrętu doprowadził do wyróżnienia jego podkategorii. W 1955 r. Albert I. Stunkard (za: Logue, 2014) opisał syndrom „nocnego jedzenia”. Stunkard zwrócił uwagę na analogię „ciągów objadania się” do „ciągów alkoholowych” i wykazał, że zespół nocnego jedzenia występuje głównie u osób otyłych.

W latach 60. XX w. za sprawą rozwoju psychologii i psychiatrii humanistycznej, powrócono do poszukiwania psychologicznych podstaw rozwoju anoreksji. Dekadę później rozpowszechniony został pogląd o rodzinnych uwarunkowaniach anoreksji. Stanowisko to było na tyle silne, że powstało nawet określenie „rodziny anorektogennej” (*anorexogenic family*) (Dell’Osso i in., 2016, za: Schmidt, 2003). Podkreślano, że problem ten dotyczy młodych dziewcząt, a badania zaczęły koncentrować się na przypuszczalnych mechanizmach tego zaburzenia. Zwrócono też uwagę, że zaburzenia odżywiania nigdy nie są ograniczone wyłącznie do samego problemu z jedzeniem: nieodpowiednie odżywianie jest tylko widocznym objawem istnienia innych problemów, odpowiedzialnych za te zaburzenia. Anoreksja rozwija się na podłożu psychogennym, wiele czynników zaś, takich jak konflikt w rodzinie czy w szkole, zawód miłosny, odgrywa rolę w ujawnieniu się choroby (Woronowicz, 2009).

Kolejny badacz anoreksji jako jednostki chorobowej – Arthur Hamilton Crisp (1995) zauważył, że osoba cierpiąca na anoreksję pozostaje w ciągłym konflikcie

między chęcią jedzenia a konsekwencjami spożywania żywności. Mieszkająca w Stanach Zjednoczonych niemiecka psycholog – Hilde Bruch (1973) zwróciła z kolei uwagę na osobowościowe, rodzinne i szerzej – społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji. Zagadnieniom tym poświęciła obszerną część swej pracy, opartej nie tylko na wiedzy teoretycznej, lecz także na bogatych doświadczeniach klinicznych. Stanowisko to podzielała również włoska psychiatra Mara Selvini Palazzoli – twórczyni podejścia systemowego w terapii rodzinnej. Na podstawie obserwacji, dokonanych w mediolańskiej klinice, Selvini Palazzoli zwróciła też uwagę na nieodnotowywanie przypadków jadłowstrętu psychicznego przy brakach żywności w czasie trwania wojny i stopniowe pojawianie się przypadków zaburzeń odżywiania, przy wzroście dobrobytu, po jej zakończeniu (Selvini Palazzoli, 1985). Z kolei Bruch stworzyła koncepcję, w myśl której to dysfunkcja w postrzeganiu obrazu własnego ciała jest przyczyną zaburzeń odżywiania się. W latach 60. XX w. kobiecy ideał piękna, reprezentowany przez Marylin Monroe, został zastąpiony wizerunkiem bardzo szczupłych modelek i aktorek, promujących modę na bycie chudym. Wzorem do naśladowania stała się modelka Twiggy.

W następnych latach odnotowano wzrost zainteresowania anoreksją jako jednostką chorobową, która jako pierwsza spośród innych zaburzeń odżywiania była umieszczana w kolejnych klasyfikacjach DSM oraz ICD. Określone zostały symptomy, kryteria diagnostyczne, wyniki badań naświetliły zaś poważne konsekwencje tej choroby.

Lata 70. i 80. XX w. zaowocowały wzrostem zainteresowania anoreksją. Dzięki temu pojawiły się nowe strategie terapeutyczne, zmienił się stosunek lekarzy i personelu szpitalnego do osób dotkniętych zaburzeniami odżywiania. Zaproponowano podział jadłowstrętu psychicznego na różne subkategorie.

W 1976 r. John P. Feighner zaproponował jedną z pierwszych współczesnych klasyfikacji anoreksji. Objawy obejmowały: początek choroby przed 25. rokiem życia, utratę łaknienia, której towarzyszy spadek wagi ciała co najmniej o 25% w stosunku do wagi wyjściowej, zaburzone postawy względem przyjmowania pokarmów, samego pożywienia i wagi ciała oraz zniekształcenie postrzegania obrazu własnego ciała, brak choroby somatycznej tłumaczącej pojawienie się anoreksji i spadku wagi, brak zaburzenia psychicznego (szczególnie: choroby afektywnej, schizofrenii, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i fobii), zaistnienie najmniej dwóch z następujących objawów: zanik miesiączki, lanugo, bradykardia, okresy nadaktywności, epizody obżarstwa, wymioty, w tym prowokowane (Pilecki, 1999). W tym samym roku Marlene Boskind-Lodahl użyła terminu *bulimorexia* dla opisanego mieszanych zaburzeń odżywiania (Boskind-Lodahl, White Jr, 1978). Dwa lata później, pracując nad czynnikami rodzinnymi współwystępującymi z anoreksją, Salvador Minuchin skonstruował model funkcjonowania rodziny psychosomatycznej (Namysłowska, 2003).

W 1979 r. brytyjski psychiatra Gerald Russell przedstawił kompletny obraz kliniczny żarłoczości psychicznej, której nadano nazwę *bulimia nervosa*. Rus-

sell przedstawił osobne kryteria diagnostyczne dla bulimii, jednocześnie traktując ją jako niezależną jednostkę chorobową, utożsamianą dotychczas z odmienną postacią anoreksji. Bulimia została zdefiniowana jako zaburzenie, którego najważniejszymi objawami są: utrata kontroli nad ilością spożywanych pokarmów, współistniejąca z tzw. zachowaniami kompensacyjnymi, które mają zapobiegać przyrostowi masy ciała. Jest wśród nich prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających, diuretyków, i/lub stosowanie restrykcyjnych diet, głodzenia się i/lub wyczerpujących ćwiczeń fizycznych. Russel zauważył, że pacjentkami o takim sposobie odżywiania się są przede wszystkim dziewczęta i bardzo młode kobiety.

Zdaniem wielu autorów bulimia zwykle zaczyna się w okresie dojrzewania (Manley, Leichner, 2003), a jej występowanie jest ściśle skorelowane z płcią. Na bulimię (podobnie jak i na anoreksję) zapadają przede wszystkim młode dziewczęta i kobiety (Walsh, Devlin, 1998), w przedziale wiekowym między 16. i 18. rokiem życia. Jak podają Fairburn i Beglin, wystąpienie bulimii nierzadko związane jest ze stosowaniem restrykcyjnej diety w okresie poprzedzającym pojawienie się choroby (Fairburn, Harrison, 2003). W 1980 r. American Medical Association zakwalifikowało bulimię jako jednostkę chorobową w klasyfikacji DSM-III. Napadowa żarłoczność stanowiła niezbędne kryterium jej rozpoznania, choć oczywiście niejedyne.

W roku 2000 narodził się w Stanach Zjednoczonych ruch pro-ana, promujący anoreksję jako styl życia, będący (z założenia) świadomym wyborem, a nie zaburzeniem psychicznym (de Souza Ramos i in., 2011). Pro-ana nazywana też bywa świadomą anoreksją (Hoffmann, 2018).

Polska badaczka zjawiska – Iwona Startek (2011), mówi o dwóch zasadniczych etapach rozwoju tego ruchu. Pierwszy, określany mianem „pierwszej fali”, rozpoczął się ok. roku 2001. Wtedy to powstawały prekursorskie, najczęściej anglojęzyczne portale o tematyce pro-ana, a ich głównym celem było umożliwienie kontaktu chorym na anoreksję z innymi chorymi i walka z ich poczuciem osamotnienia. Strony te zawierały również porady dotyczące odchudzania, dbania o ciało i ukrywania niejedzenia. Ruch propagował jednak ideę, aby chorzy sami wybrali, czy i kiedy rozpocząć terapię oraz by mogli funkcjonować jak każdy inny członek społeczeństwa, bez nieustannego zachęcania do poddania się leczeniu. Na skutek interwencji organizacji propagujących walkę z zaburzeniami odżywiania, strony pro-ana zaczęto zamykać. Działania te przyniosły odwrotny skutek – ruch zyskał rozgłos, w efekcie czego zaczęło pojawiać się coraz więcej nowych stron prowadzonych w większości przez tzw. wannarexis, czyli dziewczęta chcące mieć anoreksję. W tym czasie ruch zyskał największą sławę ze swoim sztandarowym hasłem: „anoreksja to nie choroba, ale sposób życia”. Od tego momentu można mówić o drugiej fali ruchu pro-ana (Startek, 2011). Pro-ana najczęściej określana jest jako sposób życia, którego celem jest obsesyjne dążenie do osiągnięcia finalnie, bardzo niskiej wagi. Dążenie to jest postrzegane jako jedyna droga zdobycia

perfekcji (de Souza Ramos i in., 2011), doskonałości cielesnej, a co za tym idzie, również duchowej. Wielokrotnie utożsamiane z anoreksją zachowanie jest jednak zdaniem uczestników pro-any demonstracją siły, a nie dowodem istnienia choroby (Johnson, 2015). Uczestniczki ruchu starają się nadawać nowe znaczenie pojęciu normalnej wagi, w którym chudość powinna być przyjęta jako przedział normalności, swój stan zdrowia określają natomiast jako styl życia, domagając się akceptacji dla własnych wyborów (Kaźmierczak i in., 2015).

W 2007 r. pojawił się w prasie popularnej termin „diabulimia” (Hoffmann, 2019), powstały z połączenia dwóch słów: *diabetes* (cukrzyca) i *bulimia*. Zaburzenie to polegające na celowym pomijaniu dawek insuliny w celu redukcji masy ciała lub zapobieganiu przyrostowi wagi u osób z cukrzycą typu 1 (Callum, Lewis, 2014), nie było jednak traktowane jako odrębna jednostka chorobowa. W obowiązujących klasyfikacjach medycznych diabulimia nie występuje. Jej kryteria diagnostyczne są podobne do przyjętych przez Diagnostic and Statistical Manual (DSM) dla rozpoznania zaburzeń odżywiania u osób bez zaburzeń gospodarki węglowodanowej, czyli dla jadłowstrętu psychicznego (AN), bulimii (BN) czy zaburzeń odżywiania określonych inaczej (EDNOS, *eating disorder not otherwise specified*) (American Psychiatric Association..., 2013). Diagnostyka tego zaburzenia wymaga szczegółowego odróżnienia go od innych zaburzeń odżywiania. Należy też podkreślić, że w przypadku zaburzeń odżywiania występujących u diabetyków problemy te są nasilone, ponieważ u jednej osoby nakładają się dwie choroby, które prowadzą do katastrofalnych dla organizmu efektów.

W 2008 r. w języku medycznym został po raz pierwszy użyty termin „alkoreksja” (Hoffmann, 2018). Zanim do tego doszło współistniejące zaburzenia odżywiania i nadużywania alkoholu odnotowano w wielu badaniach naukowych (Burke i in., 2010). W opublikowanym w 2001 r. raporcie CASA przedstawiono dane, z których wynikało, że 12–18% osób chorujących na anoreksję i 30–50% osób chorujących na bulimię nadużywało lub było uzależnionych od alkoholu (Burke i in., 2010). Z kolei według wyników badań zamieszczonych w *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* (8/2013, za: Tarter, Alterman, Edwards, 1985). posiadanie genu predysponującego do uzależnienia od alkoholu zwiększa (z 38 do 53%) ryzyko rozwoju bulimii. O ile tzw. tradycyjne zaburzenia odżywiania są zazwyczaj motywowane przez ukryte pragnienie bycia szczupłym i kontroli nad swoim ciałem, o tyle alkoreksja jest motywowana chęcią picia dużych ilości alkoholu obok chęci bycia szczupłym. Osoba chora na anoreksję ma zaburzony obraz własnego ciała, postrzega siebie jako osobę otyłą i redukując spożywanie żywności redukuje „bez końca” wagę. Osoba cierpiąca na alkoreksję ogranicza jedzenie, by nie przytyć i by móc spożywać alkohol bez wyrzutów sumienia, że przytyje. Intensyfikuje również ćwiczenia fizyczne, aby „zawczasu” spalić niezbędne kalorie, miejsce których zajmą kalorie pochodzące ze spożywanego alkoholu. Zachowania takie pojawiają się przed konsumpcją alkoholu. W miarę postępowania zaburzenia sytuacja może ulegać zmianom, zarówno w kierunku

anoreksji, jak i uzależnienia od alkoholu. Mimo iż alkoreksja nie została jeszcze formalnie sklasyfikowana jako zaburzenie odżywiania, stanowi poważny, złożony problem zdrowotny, obejmujący według jednych badaczy przede wszystkim kobiety (Knight i in., 2017), według innych zaś w porównywalnym stopniu przedstawicieli obojga płci (Anderson, 2016).

W tym samym, 2008 r. po raz pierwszy użyty został termin „pregoreksja”, stanowiący kombinację angielskiego słowa *pregnancy* (ciąża) i pochodzącego z greki *orexis* (apetyt), na potrzeby zdefiniowania zaburzeń odżywiania się występujących u kobiet ciężarnych (Takimoto i in., 2011, za: Harasim-Piszczatowska, Krajewska-Kułałak, 2017). Wzrost masy ciała może być postrzegany jako akceleracja kobiecości lub przeciwnie – jako obniżenie poziomu atrakcyjności (Harasim-Piszczatowska, Krajewska-Kułałak, 2017). Alicia Langellotti podkreśla również istotną rolę występujących dawniej dysfunkcji psychicznych, takich jak OCD, depresja, zaburzenia obrazu ciała oraz sytuacji związanej z niechcianą ciążą czy konfliktami małżeńskimi, które przyczyniają się do wystąpienia pregoreksji w czasie ciąży.

Interpretacje zaburzeń odżywiania

Zaburzenia odżywiania uwarunkowane są wieloczynnikowo. Wśród interpretacji zjawiska znaleźć można poglądy skoncentrowane wokół czynników biologicznych, osobowościowych, jak i te, które główny nacisk kładą na społeczno-kulturowe determinanty. Większość koncepcji dotyczy anoreksji, która pomimo wciąż zwiększającej się liczby dysfunkcji, uznawana jest za najbardziej reprezentatywne zaburzenie odżywiania, stąd przedstawione próby interpretacji zjawiska odnoszą się przede wszystkim do jadłowstrętu psychicznego.

I tak, wśród stanowisk **biologicznych** dominują: *koncepcje genetyczne* (Holland, Sicotte, Treasure – badania bliźniąt; Strober, Freeman, Lampert, Diamond, Kaye – badania zależności genetycznych u kobiet; Strober, Kaye, Bailer – próby wyizolowania genów, które mogą być odpowiedzialne za predyspozycje do zachorowań na anoreksję) i *wyjaśnienia oparte na czynnikach biochemicznych* (Bailer, Kaye – badania poświęcone znaczeniu neuroprzekaźników w tym: podwyższonego poziomu serotoniny, który może być przyczyną, a nie tylko objawem anoreksji i obniżonego poziomu dopaminy, predysponującego do wystąpienia zaburzeń odżywiania). Wśród stanowisk **psychologicznych** dominują teorie: *psychodynamiczne* (zwłaszcza teoria systemów rodzinnych Hilde Bruch]), *behawioralne* (m.in. podejście Mowrera), *poznawcze, osobowościowe* (modele osobowości perfekcjonistycznych Fairburna i Stroebera). Szczególnie miejsce zajmuje teoria społecznego uczenia się Bandury, a zwłaszcza mechanizm modelowania, wykorzystywany również w kulturowo-społecznych interpretacjach zaburzeń odżywiania.

Konceptualizacja zaburzeń odżywiania jako zjawisk uwarunkowanych **kulturowo** należy do najbardziej rozpowszechnionych wśród podejść społecznych.

Badacze zjawiska podkreślają znaczenie ciała jako obiektu zarówno dominacji estetycznej, jak i ekonomicznej (Gordon, 2001), obowiązujących kanonów idealnego (czyli chudego) ciała (Pawlica, Szczepański, Zarębska-Mazan, 2007), wagę mody (Melosik, 1996) oraz status modelek (Melosik, 2001).

Rzadziej prezentowane są w naukach społecznych poglądy historyków podejmujących w swych rozważaniach problem zaburzeń odżywiania, co skłania mnie do zwrócenia uwagi na ten ciekawy punkt widzenia.

Pod koniec lat 90. XX w. powstały dwa ścierające się nurty. Do jednego z nich należeli badacze, dla których obserwowane na przestrzeni wieków różne postaci jadłowstrętu są przejawem tego samego procesu, zapoczątkowanego przez *anorexię mirabilis*, do drugiego zaś historycy, postulujący rozłączność tych zjawisk.

Najwybitniejszym przedstawicielem pierwszego nurtu jest Rudolph M. Bell, drugiego zaś – Joan Jacobs Brumberg. O ile Bell przedstawia anoreksję w formie ciągłego, przebiegającego na przestrzeni wieków, procesu, o tyle Brumberg sprzeciwia się używaniu terminu „anoreksja” w odniesieniu do zjawisk poprzedzających fakt medycznej klasyfikacji tego zjawiska.

Zdaniem, przychylnego pierwszej orientacji, Jacquesa Maître’a anoreksja nie jest i nie powinna być domeną psychiatrii. Używając terminu „anorektyczny sposób bycia w świecie”, Maître podkreśla, że medykalizacja anoreksji doprowadza do jej stygmatyzacji i traktowania jako choroby, tymczasem jest ona szczególnym sposobem bycia w świecie, a nie chorobą. Sposób podejścia do tego zjawiska zależy od kontekstu historycznego, odniesień ideologicznych i instytucjonalnych. Świadectwem takiej postawy jest właśnie pozytywna ocena anoreksji jako przejawu oddania wierze i negatywna, jako zaburzenia/choroby. W pierwszym podejściu cechy „anorektyczne” są potwierdzane jako oznaki cudownej wirtuozerii duchowej; w drugim są one dyskwalifikowane jako objawy dewiacji umysłowej. Idąc dalej, autor zastanawia się, czy ów wymiar religijny nie został ukryty w „nowoczesnej” anoreksji, która staje się poniekąd nowoczesną kontynuacją *anoreksji mirabilis* (Maître, 1997). Maître zauważa, że w anorektycznym sposobie bycia na świecie przyjemność wynika z umartwienia potrzeb i absolutyzacji pożądanego w poszukiwaniu absolutnej czystości, którego trzonem jest, podobnie jak w przypadku *anoreksji mirabilis* odmowa przez kobietę przekazania życia. Autorzy *La faim et le corps* mówią wręcz o chrześcijańskim pochodzeniu anoreksji jako sposobie regulacji dualistycznej pozycji duszy i ciała, uznając anoreksję za skrajny przejaw dominacji nad ciałem (Kestemberg i in., 2005). Nie jest to pogląd odosobniony. Anoreksja staje się tu, podobnie jak współcześnie, wybawieniem: „młoda dziewczyna staje w osobistej relacji z Bogiem, który nie tylko oferuje swoje zbawienie w innym świecie, ale uwalnia ją od rodziny, rodzeństwa i tych wszystkich, którzy chcą jej dyktować, wbrew jej woli, co ma robić, w jaki sposób lub co ma stanowić dla niej wartość” (Bell, 1987, s. 96).

Stanowisko to rodzi, zdaniem jego przeciwników, wiele problemów metodologicznych. Trudno ich zdaniem na podstawie skąpych danych biograficznych,

których wiarygodność bywała kwestionowana, przesądzać o charakterze jadłowstrętu. Trudno też odnosić średniowieczny kontekst historyczny, w którym nie istniało pojęcie zaburzeń psychiatrycznych, do czasów późniejszych, a szczególnie współczesności. Zwolennicy Joan J. Brumberg twierdzą wręcz, że szukanie analogii między tym, co dziś definiujemy jako jadłowstręt, czy szerzej – zaburzenia odżywiania, a dawną „świętą anoreksją” jest bezzasadne. Podkreślają też, że porównanie średniowiecznej „świętej anoreksji” ze współczesną anoreksją psychiczną pokrywa się w istotnym stopniu z socjologicznym argumentem, popieranym przez orientację feministyczną, co wprowadza liczne ograniczenia w postrzeganiu zjawiska.

Tezy tej bronił faktycznie Rudolph M. Bell, uważając, że dobrowolne pozbawienie się jedzenia jest sposobem na uwolnienie się kobiet od męskiej dominacji. Zdaniem Bella w chrześcijańskiej Europie gnostycyzm odgrywał rolę „katalizatora wolności”. To rzeczywiście dało kobietom możliwość osobistego spełnienia przez religię, w przeciwieństwie do ich podstawowej funkcji biologicznej. Dobrowolne ograniczenie żywności mogło zatem stać się dla nich sposobem uzyskania wolności ograniczanej przez dominację mężczyzn, nie tylko dawniej, lecz także i dziś.

Zakończenie

Celem artykułu było przedstawienie podejścia do zaburzeń odżywiania na przestrzeni wieków, jak i pewnych aspektów ich historycznych uwarunkowań. Spór historyków społecznych, widzących z jednej strony we współczesnej anoreksji kontynuację *anorexii mirabilis*, z drugiej – relatywnie nowe, niezależne zjawisko współczesności, wydaje się poruszać fundamentalne kwestie samej genezy jadłowstrętu. Jest też, a może przede wszystkim, zaproszeniem do akademickiej dyskusji nad tym fenomenem.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC.
- Anderson, P. (2016). *Drunkorexia: New trends weeping college campuses*. <https://www.medscape.com/viewarticle/865488>
- Bell, R.M., Weinstein, D. (1982). *Saints and society: The two worlds of Western Christendom*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bell, R.M. (1987). *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago Press.
- Berg, K.M., Dermot, J.H., McSherry, J.A., Strange, N.E. (2002). *Eating disorders: A Patient-Centered Approach*. CRC Press.
- Black, D.W., Andreasen, N.C. (2011). *Introductory textbook of psychiatry*. American Psychiatric Publishing (b.m.w.).
- Boskind-Lodahl, M., White, Jr, W.C. (1978). The definition and treatment of bulimarexia: The Gorging/purging Syndrome of young women. *Journal of American College Health Association*, 27(2), 84–97. <https://www.doi.org/10.1080/01644300.1978.10392831>

- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Burke, S., Wail-Smith, K., Matthews, J.C., Woolsey, C.L. (2010). Drunkorexia: Calorie restriction prior to alcohol consumption among college freshman. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 54(2), 17–34.
- Bynum, C.W. (1987). *Holy feast and holy fast. The religious significance of food to medieval women*. Berkeley: UnivCalif Press.
- Callum, A., Lewis, L.M. (2014). Diabulimia among adolescents and young adults with Type 1 diabetes. *Clinical Nursing Studies*, 2(4), 12–16. <https://www.doi.org/10.5430/cns.v2n4p12>
- Cierpiałkowska, L. (2006). Kierunki rozwoju współczesnej psychologii uzależnień. W: L. Cierpiałkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień* (s. 17–42). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Crichton, P. (1996). Were the Roman emperors Claudius and Vitellius bulimic? *Int J Eating Disord.*, 19, 203–207.
- Crisp, A.H. (1995). *Anorexia nervosa: Let me be*. Routledge (b.m.w).
- Darmon, M. (2008). *Devenir anorexique. Une approche sociologique*. Collection: Poche/Sciences humaines et sociales. La Découverte.
- Dell’Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C., Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatr Dis Treat.*, 7(12), 1651–1660.
- Dundas, P. (2002). *The Jains*. Wydanie 2. London–New York: Routledge.
- Escamilla, R.F., Lissner, H. (2013). Simmonds’ disease. A clinical study with review of the literature; Differentiation from anorexia nervosa by statistical analysis of 595 cases, 101 of which were proved pathologically. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. <https://doi.org/10.1210/jcem-2-2-65>
- Fairburn, C.G., Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407–416.
- Gordon, R.A. (2001). Eating disorders East and West: A culture bound syndrome unbound. W: Nasser, M., Katzman, M.A., Gordon, R.A. (red.), *Eating disorders and cultures in transition* (s. 1–16). New York: Brunner-Routledge.
- Harasim-Piszczatowska, E., Krajewska-Kułak, E. (2017). Pregoreksja – anoreksja kobiet ciężarnych. *Pediatr Med. Rodz*, 13(3), 363–367. <https://doi.org/10.15557/PiMR.2017.0038>
- Hepworth, J. (1999). *The social construction of anorexia nervosa*. London–Thousand Oaks–New Delhi: SAGE Publications.
- Hoffmann, B. (2018). Pro-ana (1): Eating disorder or a lifestyle?. *Trakia Journal of Sciences*, 2, 106–113. <http://tru.uni-sz.bg/tsj/N2,%20Vol.16,%202018/B.Hoffmann.pdf>. <https://doi.org/10.15547/tjs.2018.02.006>
- Hoffmann, B. (2019a). Diabulimia – cultural determinants of eating disorders. *Trakia Journal of Sciences*, 2, 187–195. <http://tru.uni-sz.bg/tsj/Vol.17,%20Suppl.2,%202019/13.pdf>. <https://doi.org/10.15547/tjs.2019.02.013>
- Hoffmann, B. (2019b). Pregoreksja – zarys problemu. Cz. 1. *Remedium*, 4(302), 18–21.
- Hoffmann, B. (2019c). Pregoreksja – zarys problemu. Cz. 2. *Remedium*, 5(303), 11–12.
- Hoffmann, B. (2020). Alcorexia – psychosocial determinants of the eating disorder. *Trakia Journal of Sciences*, 3, 262–267. <http://tru.uni-sz.bg/tsj/Volume%202018,%202020,%20Number%203,%20Series%20Social%20Sciences/B.Hoffmann.pdf>. <https://doi.org/10.15547/tjs.2020.03.013>
- Holland, A.J., Sicotte, N., Treasure, J.L. (1988). Anorexia nervosa: Evidence for a genetic basis. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(6), 561–571.
- Jain, V.K. (2012). *Acharya Amritchandra’s Purushartha Siddhyupaya: Realization of the Pure Self, With Hindi and English Translation*. Dehradun: Vikalp Printers.
- Johnson, A.H. (2015). *I will not eat! A review of the online pro-ana movements*. www.tc.columbia.edu/publications/gsjp/.../36307_6Johnson.pdf
- Józefik, B. (red.). (1999). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Kaźmierczak, N., Kielbasa, S., Patryn, R., Niedzielski, A. (2015). Zachowania anorektyczne wśród społeczności pro-ana. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21(2), 168–173. <https://doi.org/10.5604/20834543.1152915>
- Kestemberg, E., Kestemberg, J., Decobert, S. (2005). *La faim et le corps*. Presses Universitaires de France – PUF (b.m.w.).
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., Taylor, H.L. (1950). *The biology of human starvation* (2 tomy). University of Minnesota Press (b.m.w.).
- Knight, A., Castelnovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G.M., Simpson, S. (2017). Drunkorexia: An empirical investigation among Australian Female University Students. <https://moh-it.pure.elsevier.com/en/publications/drunkorexia-an-empirical-investigation-among-australian-female-un>
- Lawrence, M. (2008). *The Anorexic Mind*. Karnac Books (b.m.w.).
- Lelonek-Kuleta, B. (2014). Uzależnienia behawioralne – podstawy teoretyczne. W: J. Jarczyńska (red.), *Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży* (s. 15–29). Bydgoszcz: Wydawnictwa Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Liles, E.G., Woods, S.C. (1999). Anorexia nervosa as diable behaviour: Extreme self-deprivation in historical context. *Hist. Psychiatry*, Jun. 10(39 Pt 2), 205–225. <https://doi.org/10.1177/0957154X9901003803>
- Lopez, J.-F. (2019). *Histoire de l'anorexie: du miracle à la maladie psychique*. <https://lopezpsychologue.fr/histoire-de-lanorexie-du-miracle-a-la-madie-psychique/>
- Maître, J. (1997). *Mystique et féminité. Essai de psychanalyse sociohistorique*. Paris: Éditions du Cerf.
- Manley, R., Lechner, P. (2003). Anguish and despair in adolescents with eating disorders: Helping to manage suicidal ideation and impulses. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 24(1), 32–36.
- Melosik, Z. (1996). *Tożsamość, ciało i władza. Teksty kulturowe jako (Kon)teksty pedagogiczne*. Poznań, Toruń: Wydawnictwo Edytor.
- Melosik, Z. (2001). Młodzież i styl życia: paradoksy pop-tożsamości. W: Z. Melosik (red.), *Młodzież styl życia i zdrowie: konteksty i kontrowersje*. Poznań: Wydawnictwo Wolumin.
- Micheli-Rechtman, V. (2009). L'anorexique, une hystérique contemporaine. *Journal Français de Psychiatrie*, 1(32), 16–18.
- Moncrieff-Boyd, J. (2016). Anorexia nervosa (apepsja hysterica, anorexia hysterica), sir William Gull, 1873. *Advances in Eating Disorders*, 4(1), 112–117. <https://doi.org/10.1080/21662630.2015.1079694>
- Mott, L.A., Lumsden, B.D. (1994). *Understanding eating disorders: Anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity*. Taylor & Francis (b.m.w.).
- Namysłowska, I. (2003). System rodzinny a zaburzenia psychosomatyczne. W: L. Szewczyk, M. Skowrońska (red.), *Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży* (s. 35–48). Warszawa: Emu.
- Newton, D.E. (2019). *Eating disorders in America: A reference handbook*. ABC-CLIO.
- Pawlica, B., Szczepański, M.S., Zarębska-Mazan, A. (2007). *Pokusy piękna i urody. Rynek chirurgii plastycznej w oglądzie socjologicznym*. Tychy: Śląskie Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Nauk Społecznych.
- Pilecki, M. (1999). Historia zaburzeń odżywiania się. W: B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się* (s. 17–21). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Russell, G.F.M. (1997). The history of bulimia nervosa. W: D.M. Garner, P.E. Garfinkel (red.), *Handbook of treatment for eating disorders* (s. 11–24). New York: Guilford.
- Sarnecki, J. (2018). Nowa klasyfikacja chorób ICD-11. <http://www.standardy.pl/newsy/id/201>
- Sawaściuk, E. (2003). Autoagresja. *Niebieska Linia*, 2. <https://www.niebieskalinia.pl/pismo/wydania/dostepne-artykuly/4445-autoagresja>

- Schmidt, U. (2003). Aetiology of eating disorders in the 21(st) century: New answers to old questions. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12(Suppl 1), 130–137. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-1105-9>
- Selvini Palazzoli, M. (1985). *Anorexia nervosa: A syndrome of the affluent society*. SAGE (b.m.w.).
- Skotnicka, K. (2015). *Początki monastycyzmu w Syrii oraz postać Symeona Słupnika według historiografii kościelnej*. <https://docplayer.pl/68482379-Poczatki-monastycyzmu-w-syrii-oraz-postac-symeona-slupnika-wedlug-historiografii-koscielnej.html>
- de Souza Ramos, J., deFaria Pereira Neto, A., Bagrichevsky, M. (2011). *Pro-anorexia cultural identity: The characteristics of a life style in a virtual community*. *Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, 15(37), 447–460. http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/en_a10v15n37
- Startek, I. (2011). Motyle w sieci. Krótka charakterystyka ruchu pro-ana. *Curr Probl Psychiatry*, 12(3), 322–329.
- Stunkard, A.J. (1993). A history of binge eating. W: C.G. Fairburn, G.T. Wilson (red.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (s. 15–34). New York: Guilford Press, SAGE.
- Takimoto, H., Mitsuishi, C., Kato, N. (2011). Attitudes toward pregnancy related changes and self-judged dieting behavior. *Asia Pac J Clin Nutr*, 20, 212–219.
- Tarter, R.E., Alterman, A.I., Edwards, K.L. (1985). Vulnerability to alcoholism in men: A behavior-genetic perspective. *Journal of Studies on Alcohol*, 46(4), 329–356.
- The SAGE International Encyclopedia of Mass Media and Society. (2019). SAGE (b.m.w.).
- Van Deth, R., Vandereycken, W. (1995). Was late-nineteenth-century nervous vomiting an early variant of bulimia nervosa? *Hist Psychiatry*, 6, 333–347.
- Vandereycken, W., van Deth, R. (1994). *From fasting saints to anorexic girls: The history of self-starvation*. New York University Press.
- Walsh, B.T., Devlin, M.J. (1998). Eating disorders: Progress and problems. *Science*, 280(5368), 1387–1390.
- Wooldridge, T. (2018). *Psychoanalytic treatment of eating disorders when words fail and bodies speak*. Routledge (b.m.w.).
- Woronowicz, B.T. (2001). *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woronowicz, B.T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań–Warszawa: Media Rodzina–Parpamedia.
- Żechowski, C. (2004). Historia badań nad jadłowstrętem psychicznym. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 13(3), 247–253.

ZABURZENIA ODŻYWIANIA W UJĘCIU HISTORYCZNYM

Abstrakt

Zaburzenia odżywiania są problemem wieloaspektowym. Dotyczą zarówno sposobu przyjmowania pokarmu, jego ilości oraz jakości, jak i przeżyć, emocji oraz zachowań, związanych z jedzeniem. Mimo że o zaburzeniach odżywiania jako problemie zdrowotnym mówi się od wielu lat, do dziś zjawisko to rodzi wiele pytań, a trudności definicyjne i diagnostyczne zajmują wśród nich czołowe miejsce. Przyjęta w artykule perspektywa historyczna ma na celu przedstawienie nie tylko jak zmieniało się podejście do jadłowstrętu na przestrzeni wieków, lecz także jak w kolejnych latach następowała intensyfikacja w obszarze dysfunkcji odżywiania. Tekst ten konstruuje się również wokół rozważań, czy współczesny jadłowstręt psychiczny stanowi pewną historyczną kontynuację *anorexii mirabilis*, czy też jest jednostką odrębną.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, anoreksja, bulimia, *anorexia mirabilis*, uzależnienia behawioralne

EATING DISORDERS IN A HISTORICAL PERSPECTIVE

Abstract

Eating disorders are a multi-aspect issue, affecting ways of acquiring nutrition, its quality and quantity, as well as experiences, emotions and behaviors related to eating. While eating disorders have been discussed for many years, those phenomena continue to pose many questions, referring mostly to difficulties in definition and diagnosis. The historical perspective assumed in this article is meant not only to show the change of attitudes towards eating disorders across the ages, but also the increase in their prevalence in recent history. The article also poses the question if today's psychological anorexia nervosa is a particular continuation of historical *anorexia mirabilis*, or if it constitutes its own separate category.

Keywords: eating disorders, anorexia, bulimia, *anorexia mirabilis*, behavioral addictions