

Barbara Kostecka¹, Magdalena Wayda-Zalewska², Katarzyna Kucharska²

Opis przypadku i ocena psychometryczna skuteczności leczenia w zakresie redukcji deficytów społecznego poznania i neuropoznania u pacjentki w ostrej fazie bulimii

A case report and a psychometric assessment of therapeutic efficacy in reducing social cognition and neurocognition deficits in a patient with acute bulimia nervosa

¹ II Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

² Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa, Polska

Adres do korespondencji: Magdalena Wayda-Zalewska, Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, ul. Wóycickiego 1/3, 00-001 Warszawa, tel.: +48 608 653 309, e-mail: m.waydazalewska@gmail.com

Streszczenie

Cel: Celem pracy jest przedstawienie efektów kompleksowych oddziaływań terapeutycznych ukierunkowanych na zmniejszenie nasilenia objawów klinicznych oraz rehabilitację deficytów w zakresie społecznego poznania i neuropoznania u pacjentki w ostrej fazie bulimii, hospitalizowanej na całodobowym oddziale terapeutycznym. **Metoda:** Pomiaru nasilenia objawów klinicznych dokonano za pomocą: Skali Samooceny Rosenberga (Rosenberg Self-Esteem Scale, SES), Testu Postaw wobec Jedzenia (Eating Attitudes Test, EAT-26), Kwestionariusza Depresji Becka (Beck Depression Inventory, BDI), Torontowskiej Skali Aleksytymii (Toronto Alexithymia Scale, TAS-20), Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) oraz Skali Przyjemności Snaitha i Hamiltona (Snaith–Hamilton Pleasure Scale, SHAPS). W ocenie funkcjonowania poznawczego wykorzystano: Test Łączenia Punktów (Trail Making Test, TMT), Test Stroopa (Stroop Test) i Test Figury Złożonej Reya (Rey–Osterrieth Complex Figure Test, ROCF). Funkcjonowanie w zakresie poznania społecznego badano Testem Gaf (Faux Pas Test) oraz wybranymi testami z komputerowej baterii testowej Penna. **Wnioski:** Uzyskane wyniki i spostrzeżenia dokonane na podstawie funkcjonowania pacjentki na oddziale wskazują, że zastosowane oddziaływania terapeutyczne przyczyniły się do częściowego spadku nasilenia objawów klinicznych. Funkcjonowanie poznawcze chorej przed hospitalizacją i po wypisie ze szpitala utrzymywało się na zbliżonym poziomie, istotną poprawę stwierdzono natomiast w zakresie miar poznania społecznego.

Słowa kluczowe: bulimia, żarłoczność psychiczna, psychoterapia, społeczne poznanie, neuropoznanie

Abstract

Aim: The aim of this paper was to present the effects of complex therapeutic interventions aimed to reduce the clinical manifestations and rehabilitation of social cognition and neurocognition deficits in a patient with acute bulimia nervosa, hospitalised in a 24-hour therapeutic department. **Methods:** The following tools were used to measure the severity of clinical manifestations: Rosenberg Self-Esteem Scale (SES), Eating Attitudes Test (EAT-26), Beck Depression Inventory (BDI), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and Snaith–Hamilton Pleasure Scale (SHAPS). Cognitive functions were measured using the Trail Making Test (TMT), the Stroop Test and the Rey–Osterrieth Complex Figure Test (ROCF). The Faux Pas Test and selected tests from the Penn Computerized Neurocognitive Battery (CNB) were used to assess social cognitive functions. **Results:** The obtained results and observations, which were based on patient's functioning during her stay in the department, indicate that the implemented therapeutic interventions contributed to a partial reduction in the severity of clinical symptoms. Although the cognitive functioning of the patient before hospital stay and after discharge remained at a similar level, a significant improvement was observed in social cognition.

Keywords: bulimia, bulimia nervosa, psychotherapy, social cognition, neurocognition

PODSTAWY TEORETYCZNE ORAZ BADANIA DOTYCZĄCE TERAPII BULIMII

Zaburzenia odżywiania, ze względu na egosyntoniczny charakter, złożoną etiologię oraz potrzebę kompleksowego leczenia w interdyscyplinarnych zespołach, wiążą się z licznymi trudnościami w podejmowaniu i kontynuacji terapii. Czynniki kulturowe – a w konsekwencji oczekiwania pacjentów dotyczące szczupłej sylwetki i wysoki poziom lęku przed przybraniem na wadze – mają znaczący wpływ na proces zdrowienia (Butcher *et al.*, 2018). Według DSM-5 (American Psychiatric Association, 2018) żarłoczność psychiczna (ŻP) charakteryzuje się nawracającymi epizodami objadania się i nieodpowiednimi zachowaniami kompensacyjnymi podejmowanymi w celu zapobieżenia przyrostowi masy ciała, takimi jak: prowokowanie wymiotów, nadużywanie leków przeczyszczających, moczopędnych lub innych, głodzenie się bądź nadmierne ćwiczenia fizyczne. Zarówno objadanie się, jak i nieodpowiednie zachowania kompensacyjne muszą występować co najmniej raz w tygodniu w okresie trzech miesięcy. Kształt i masa ciała mają nadmierny wpływ na samoocenę pacjenta. Rozpoznanie ŻP wymaga, by opisane problemy nie występowały w przebiegu jadłowstrętu psychicznego (American Psychiatric Association, 2015).

Według szacunków na pełnoobjawową ŻP (bulimię) cierpi około 1,5% kobiet i około 0,5% mężczyzn, a 11–20% przebiegów ma charakter chroniczny (Kaczyńska, 2016). U pacjentów z ŻP obserwuje się wysokie nasilenie objawów klinicznych: lękowych, depresyjnych (Levinson *et al.*, 2017) i anhedonii (Harrison *et al.*, 2014), a także zanizoną samoocenę (Cockerham *et al.*, 2009). Wyniki części prac empirycznych oceniających nasilenie objawów współwystępujących z ŻP sugerują, że objawy lękowe i depresyjne są raczej wtórne do zaburzenia odżywiania, lecz brakuje tu spójności rezultatów badań (Levinson *et al.*, 2017).

Dla osób z ŻP charakterystyczne są również deficyty w zakresie funkcji poznawczych, przede wszystkim: elastyczności poznawczej, uwagi, umiejętności wzrokowo-przestrzennych, funkcji wykonawczych, myślenia abstrakcyjnego i holistycznego oraz pamięci operacyjnej (Mobbs *et al.*, 2008). Jedną z najpoważniejszych trudności stanowi brak elastyczności poznawczej, która jest niezbędna do adaptacji do zmiennych realiów życiowych (Tchanturia *et al.*, 2014). Deficyty uwagi i umiejętności wzrokowo-przestrzennych dotyczą zarówno trudności w utrzymaniu uwagi, jak i nadmiernej selektywności uwagi (tendencji do skupiania się głównie na bodźcach związanych z jedzeniem bądź kształtem i masą ciała). Rzutuje to także na myślenie holistyczne, całościowe przetwarzanie czy zapamiętywanie informacji z pozachorobowych obszarów życia (Jaworski, 2011).

U pacjentów zmagających się z bulimią obserwuje się ponadto deficyty w obszarze poznania społecznego. Definiowane jest ono jako sposób postrzegania, interpretowania i rozumienia informacji społecznej, a do jego najważniejszych elementów należą: teoria umysłu, empatia, styl atrybucji, percepcja

społeczna, znajomość powszechnych zasad społecznych i centralna koherencja (Tchanturia *et al.*, 2014). Wyniki prac badawczych nad procesami psychicznymi leżącymi u podstaw ŻP ujawniły, że większość pacjentów ma znaczne trudności w rozpoznawaniu emocji innych ludzi i własnych (Fairburn *et al.*, 2003). Badania prowadzone z zastosowaniem metod elektrofizjologicznych pokazują, iż pacjenci z ŻP w porównaniu z osobami zdrowymi doświadczają istotnych trudności w rozpoznawaniu emocji na twarzach prezentowanych w zadaniach treningowych (Kühnpast *et al.*, 2012). Dzieje się tak prawdopodobnie ze względu na deficyty wczesnej automatycznej klasyfikacji emocji i znaczące nieprawidłowości w procesie przetwarzania emocjonalnego. Wyniki badań wskazują też na niższą świadomość emocjonalną i większą tendencyjność uwagi u osób z ŻP (DeJong *et al.*, 2013).

Wspominając o wysokim nasileniu psychopatologii oraz deficytach w zakresie społecznego poznania i neuropoznania u pacjentów z ŻP, warto podkreślić, że wyniki badań wskazują na istnienie pomocnych metod terapeutycznych (np. Juarascio *et al.*, 2015; Tchanturia *et al.*, 2014). Przykładem może tu być trening społecznego poznania i neuropoznania (TSPiN), który z jednej strony ma zwiększyć zdolność pacjentów do rozpoznawania, nazywania i rozumienia emocji i sytuacji społecznych czy pomóc rozwinąć kompetencje interpersonalne, a z drugiej służy rehabilitacji deficytów w zakresie elastyczności poznawczej, uwagi i umiejętności wzrokowo-przestrzennych, funkcji wykonawczych, pamięci oraz myślenia abstrakcyjnego i holistycznego. Zajęcia odbywają się raz w tygodniu przez kilkanaście tygodni i są prowadzone przez wykwalifikowaną kadrę. Na każdą modalność przeznaczają się 1–2 spotkania, a dobór ćwiczeń zależy od indywidualnych potrzeb uczestników danego cyklu treningowego.

Celem niniejszego artykułu jest opis przypadku pacjentki w ostrej fazie bulimii, hospitalizowanej w specjalistycznym oddziale całodobowym, której zaproponowano szereg interwencji terapeutycznych w ramach integratywnego modelu oddziaływań. Były to: wywiad motywujący, psychoterapia integratywna indywidualna i grupowa, psychodrama z elementami muzykoterapii, muzykoterapia, psychorysunek, choreoterapia, praca z ciałem, terapia obrazu ciała (*body image therapy*), psychoedukacja i terapia zajęciowa. Dodatkową formę pracy stanowił TSPiN, ukierunkowany na rehabilitację deficytów w obszarze społecznego poznania i neuropoznania. Zaproponowany pacjentce integratywny model oddziaływań czerpie z rozmaitych podejść i opiera się na koncepcji zaburzeń odżywiania jako konsekwencji określonych postaw i zachowań, które wynikają ze specyficznych dla danej osoby uwarunkowań biologicznych i psychospołecznych (Kucharska, 2017).

INFORMACJE Z WYWIADU OGÓLNO MEDYCZNEGO I PSYCHIATRYCZNEGO

Dwudziestosiemioletnia kobieta została przyjęta do całodobowego pododdziału leczenia zaburzeń odżywiania Kliniki Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania Instytutu Psychiatrii

i Neurologii w lutym 2017 roku w związku z nasileniem objawów ŻP, które utrudniały jej codzienne funkcjonowanie. Przy przyjęciu spokojna, prawidłowo zorientowana auto- i allopsychicznie, w obniżonym nastroju i o obniżonej aktywności. Negowała myśli samobójcze, potwierdzała natomiast obecność myśli rezygnacyjnych; zaprzeczała objawom wytwórczym. Wskaźnik masy ciała (*body mass index*, BMI) pozostawał w normie $-20,72 \text{ kg/m}^2$. Od 6 miesięcy pacjentka wymiotowała po każdym posiłku. Odżywała się nieregularnie, poddając się 2–3-dniowym głodówkom. Prezentowała również zaburzony wgląd w swoje objawy i zaburzony obraz ciała: postrzegała siebie jako osobę otyłą. Wykazywała brak akceptacji samej siebie, poczucie bezsilności i wzmożony lęk przed przybraniem na wadze. Nie stwierdzono pełnoobjawowych zaburzeń współwystępujących. Pacjentka zgłaszała jednak intensywne wypadanie włosów, niereagujące na leczenie dermatologiczne pomimo dokładnego stosowania się do zaleceń specjalistów. Obserwacja kliniczna nie potwierdziła obecności problemu. Badania diagnostyczne wykazały hipokaliemię i niedoczynność tarczycy, w wyniku czego wdrożono leczenie Asestrą (stopniowo ustawiono dawkę na 150 mg/dobę), Euthyroxem (stopniowo osiągnięto dawkę 100 µg/dobę) oraz suplementami potasu i zestawem witamin. W historii pacjentki nie pojawiły się informacje o nadużywaniu alkoholu czy zażywaniu narkotyków. Jako rozpoznanie główne (według ICD-10 i DSM-5) specjalista psychiatra przyjął ŻP. Diagnoza ta została potwierdzona w toku leczenia przez zespół psychiatrów i terapeutę.

TRUDNOŚCI ZGŁASZANE PRZEZ PACJENTKĘ

Dominującym problemem deklarowanym przez pacjentkę był somatyczny i psychiczny stan zdrowia spowodowany zaburzeniem. Chora odczuwała bardzo silny lęk o to, że do końca życia będzie się zmagać z ŻP. Miała również poczucie winy w związku z wystąpieniem choroby, a także z wydawaniem na jedzenie i leczenie wszystkich pieniędzy, jakie dotychczas zarobiła i zaoszczędziła. Czuliła się sprawcą swojej choroby, mimo że odwoływała się do traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa i młodości jako źródeł doświadczanych problemów.

Cele, które pacjentka sobie wyznaczyła i które chciała osiągnąć dzięki terapii, to: zaprzestanie objadania się i wymiotowania, zmniejszenie lęku przed jedzeniem i ciągłego myślenia o nim, utrzymanie relacji z partnerem, utrzymanie pracy i niezależności finansowej, trwała poprawa długotrwale obniżonego nastroju, zmniejszenie lęku przed przyszłością, poczucie szczęścia i bycia atrakcyjną.

HISTORIA ŻYCIA PACJENTKI

Pacjentka ma wykształcenie wyższe techniczne, ale nigdy nie pracowała w swoim zawodzie. Od niedawna mieszka z partnerem, podjęła dorywczą pracę, częściowo utrzymuje się też z alimentów i renty, dodatkowo jest wspierana finansowo przez matkę. Początki choroby datuje na 15. rok życia. W całym okresie chorowania była dwukrotnie (w wieku 17 i 19 lat) hospitalizowana na oddziałach stacjonarnego leczenia zaburzeń

odżywiania. Pobyty wspomina jako krótkotrwałe pomocne w walce z chorobą – po opuszczeniu szpitala szybko nastąpił nawrót objawów. Rodzina była zaangażowana w proces leczenia od pierwszej hospitalizacji pacjentki, kiedy to podjęto systemową terapię rodzinną, w której brali udział najbliżsi. Dzieciństwo chorej pełne było przemocy fizycznej i psychicznej ze strony ojca oraz biernego agresji ze strony matki, która była dodatkowo zależna od męża i pozostałych członków rodziny. Pacjentka opiekowała się młodszym rodzeństwem, chroniąc je przed ojcem, pomagała matce w kryzysowych sytuacjach. Nie miała przyjaciół, w szkole była często wyśmiewana, wstydziła się swojego domu i swojej rodziny. Do momentu zachorowania uczyła się dobrze, potem zaczęły się kłopoty w nauce i z trudem ukończyła szkołę średnią, a później studia. W okresie adolescencji pacjentka miała kilka heteroseksualnych związków. Choć różnie przedstawiała motywy nawiązania i zasady funkcjonowania ówczesnych relacji, ich ewidentną cechą wspólną był brak granic. Od wielu lat dużą trudnością sprawiało pacjentce funkcjonowanie społeczne – nawiązywanie i utrzymywanie relacji, samodzielność w podejmowaniu decyzji czy zdolność do realizowania zadań życiowych. Widoczne były również duża łatwość wchodzenia w zależność od innych i lękowo-unikający styl przywiązania.

NARZĘDZIA BADAWCZE

Na początku i pod koniec 12-tygodniowej hospitalizacji pacjentka została poproszona o wypełnienie zestawu skal klinicznych i testów psychologicznych służących do oceny poziomu funkcjonowania poznawczego i społecznego oraz poziomu psychopatologii klinicznej. Do pomiaru zmiennych klinicznych wykorzystano: Skalę Samooceny Rosenberga (Rosenberg Self-Esteem Scale, SES), Test Postaw wobec Jedzenia (Eating Attitudes Test, EAT-26), Kwestionariusz Depresji Becka (Beck Depression Inventory, BDI), Torontowską Skalę Aleksytymii (Toronto Alexithymia Scale, TAS-20), Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) oraz Skalę Przyjemności Snaitha i Hamiltona (Snaith-Hamilton Pleasure Scale, SHAPS). Oceny funkcji poznawczych (uwaga, pamięć operacyjna, funkcje wykonawcze, umiejętności wzrokowo-przestrzenne) dokonano za pomocą: Testu Łączenia Punktów (Trail Making Test, TMT), Testu Stroopa (Stroop Test) i Testu Figury Złożonej Reya (Rey-Osterrieth Complex Figure Test). Poznanie społeczne (rozpoznawanie, odróżnianie i nazywanie emocji, rozumienie sytuacji społecznych, przyjmowanie perspektywy) mierzono Testem Gaf (Faux Pas Test) i wybranymi testami z komputerowej baterii testowej Penna (Emotion Discrimination Test, EDT; Emotion Recognition Test, ERT; Emotional Acuity Test, EAT).

WYNIKI I OMÓWIENIE

Charakterystyka kliniczna (tab. 1)

Po zakończeniu hospitalizacji pacjentka prezentowała znacząco niższy poziom objawów depresyjnych i bulimicznych,

co pozostaje w zgodzie z profilem grupy terapeutycznej, ukierunkowanej przede wszystkim na leczenie zaburzeń odżywiania. Obniżył się również poziom anhedonii, czyli niezdolności do odczuwania przyjemności. Samoocena pacjentki uległa jednak obniżeniu, co może być powiązane ze wzrostem BMI. Zaobserwowano też wyższy poziom lęku – rozumianego zarówno sytuacyjnie, jak i dyspozycyjnie – co może wynikać z urzeczywistnienia deklarowanej przez pacjentkę obawy przed przyrostem masy ciała.

Nazwa testu	Przed hospitalizacją	Po hospitalizacji
BMI	20,72	21,29
SES	26	22
EAT-26	36	22
BDI	57	18
STAI (X-1)	47	55
STAI (X-2)	48	53
SHAPS	4	0

BMI – wskaźnik masy ciała (*body mass index*); **SES** – Skala Samooceny Rosenberga (*Rosenberg Self-Esteem Scale*); **EAT-26** – Test Postaw wobec Jedzenia (*Eating Attitudes Test*); **BDI** – Kwestionariusz Depresji Becka (*Beck Depression Inventory*); **STAI** – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (*State-Trait Anxiety Inventory*); **SHAPS** – Skala Przyjemności Snaitha i Hamiltona (*Snaith-Hamilton Pleasure Scale*).

Tab. 1. Charakterystyka kliniczna

Charakterystyka funkcjonowania poznawczego (tab. 2)

Funkcjonowanie poznawcze pacjentki przed hospitalizacją i po wypisie ze szpitala utrzymywało się na zbliżonym poziomie. Największa różnica dotyczyła zmniejszenia liczby błędów popełnianych w kolorowej części Testu Stroopa (z 5 do 0), co może świadczyć o poprawie koncentracji uwagi i hamowania automatycznych reakcji.

Nazwa testu	Przed hospitalizacją	Po hospitalizacji
TMT-A (czas)	15 sekund	27 sekund
TMT-B (czas)	36 sekund	29 sekund
ST – czarny (czas/błędy)	17 sekund/0 błędów	18 sekund/0 błędów
ST – kolorowy (czas/błędy)	45 sekund/5 błędów	47 sekund/0 błędów
ROCF – kopia (punkty)	36 punktów	35 punktów
ROCF – odtworzenie (punkty)	24 punkty	29 punktów

TMT – Test Łączenia Punktów (*Trail Making Test*); **ST** – Test Stroopa (*Stroop Test*); **ROCF** – Test Figury Złożonej Reya (*Rey-Osterrieth Complex Figure Test*).

Tab. 2. Charakterystyka funkcjonowania poznawczego

Charakterystyka funkcjonowania w zakresie poznania społecznego (tab. 3)

Funkcjonowanie w zakresie poznania społecznego pacjentki po hospitalizacji względem poziomu przed jej rozpoczęciem znacznie się poprawiło. Obniżony został poziom aleksytymii, zwiększyła się również liczba poprawnie odróżnionych i rozpoznanych emocjonalnych twarzy oraz adekwatnie ocenionego nasilenia emocji. Zmniejszeniu

natomiast uległa liczba adekwatnie uzupełnionych historyjek w Teście Gaf, co może świadczyć o utrzymywaniu się trudności w zakresie rozumienia sytuacji społecznych i przyjmowania perspektywy innych osób.

Nazwa testu	Przed hospitalizacją	Po hospitalizacji
TAS-20	79	44
Test Gaf	65	52
Penn – EDT	20	33
Penn – ERT	37	38
Penn – EAT	33	33

TAS-20 – Torontowska Skala Aleksytymii (*Toronto Alexithymia Scale*); **Penn – EDT, Penn – ERT, Penn – EAT** – wybrane testy z komputerowej baterii testowej Penna (*Emotion Discrimination Test, EDT; Emotion Recognition Test, ERT; Emotional Acuity Test, EAT*).

Tab. 3. Charakterystyka funkcjonowania społecznego

PODSUMOWANIE LECZENIA

Kompleksowe leczenie pacjentki było możliwe dzięki zaangażowaniu specjalistycznego zespołu interdyscyplinarnego, złożonego z dietetyka, psychiatry, konsultanta internisty, endokrynologa, psychoterapeutów, psychologów, choreoterapeuty, terapeuty zajęciowego i personelu pielęgniarskiego. Psychoedukację ukierunkowano na zwiększenie wiedzy i motywacji w walce z chorobą, a także na zbudowanie prawidłowego modelu żywienia. Na podstawie obserwacji i otrzymanych wyników można przyjąć, iż zastosowane oddziaływania przyczyniły się do częściowego spadku nasilenia objawów klinicznych u pacjentki w ostrej fazie bulimii. Udało się zainicjować zmiany w postrzeganiu siebie i innych oraz relacji łączących pacjentkę z ludźmi. Zmniejszyła się też częstotliwość napadów bulimicznych, co spowodowało wzrost motywacji do dalszego leczenia i prawidłowego odżywiania się.

Kończąc terapię, pacjentka wносиła dużo mniej treści związanych ze swoim zdrowiem, wagą i zaburzonym obrazem ciała. Ważną część pracy stanowiło uświadomienie pacjentce konieczności kontynuowania procesu usamodzielniania się. Funkcjonowanie poznawcze pacjentki przed hospitalizacją i po wypisie utrzymywało się na zbliżonym poziomie. Poprawa nastąpiła natomiast w zakresie poznania społecznego – percepcji emocji – choć utrzymywały się trudności w rozumieniu sytuacji społecznych i przyjmowaniu perspektywy innych osób (teoria umysłu).

IMPLIKACJE KLINICZNE

Zaprezentowany opis przypadku przedstawia skuteczność oferty terapeutycznej wzbogaconej o TSPiN, która przyczyniła się do jedynie częściowej poprawy objawowej u pacjentki w ostrej fazie bulimii. Zaobserwowane w badaniu złożoność i trwałość psychopatologii towarzyszącej temu rozpoznaniu są zgodne z dostępną literaturą i generują konieczność wydłużenia kompleksowych oddziaływań terapeutycznych. Sformułowanie jednoznacznego wniosku na

temat skuteczności TSPiN w rehabilitacji deficytów w zakresie społecznego poznania i neuropoznania wymaga jednak przeprowadzenia oddzielnych badań porównujących efekty oddziaływań standardowych z efektami oddziaływań poszerzonych o TSPiN na większej grupie osób.

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Źródło finansowania

Projekt został częściowo sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki. Numer grantu: 2014/15/B/H56/01847.

Piśmiennictwo

- American Psychiatric Association: Kryteria diagnostyczne z DSM-5°. Desk Reference. Edra Urban & Partner, Wrocław 2015.
- American Psychiatric Association: Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5°. Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
- Butcher JN, Hooley JM, Mineka S: Psychologia zaburzeń DSM-5. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2018.
- Cockerham E, Stopa L, Bell L et al.: Implicit self-esteem in bulimia nervosa. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009; 40: 265–273.
- DeJong H, Van den Eynde F, Broadbent H et al.: Social cognition in bulimia nervosa: a systematic review. *Eur Psychiatry* 2013; 28: 1–6.
- Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R: Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther* 2003; 41: 509–528.
- Harrison A, Mountford VA, Tchanturia K: Social anhedonia and work and social functioning in the acute and recovered phases of eating disorders. *Psychiatry Res* 2014; 218: 187–194.
- Jaworski M: Zaburzenia procesów poznawczych w bulimii. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2011; 6: 151–158.
- Juarascio AS, Manasse SM, Espel HM et al.: Could training executive function improve treatment outcomes for eating disorders? *Appetite* 2015; 90: 187–193.
- Kaczyńska MJ: Specyficzne zaburzenia odżywiania. Aktualne kryteria diagnostyczne wg DSM-V. *Współczesna Dietetyka* 2016; 7: 12–16.
- Kucharska K (ed.): Profilaktyka i leczenie zaburzeń odżywiania – wiedza ekspercka. Wydawnictwo IPIŃ, Warszawa 2017.
- Kühnpast N, Gramann K, Pollatos O: Electrophysiologic evidence for multilevel deficits in emotional face processing in patients with bulimia nervosa. *Psychosom Med* 2012; 74: 736–744.
- Levinson CA, Zerwas S, Calebs B et al.: The core symptoms of bulimia nervosa, anxiety, and depression: a network analysis. *J Abnorm Psychol* 2017; 126: 340–354.
- Mobbs O, Van der Linden M, d’Acremont M et al.: Cognitive deficits and biases for food and body in bulimia: investigation using an affective shifting task. *Eat Behav* 2008; 9: 455–461.
- Tchanturia K, Doris E, Fleming C: Effectiveness of Cognitive Remediation and Emotion Skills Training (CREST) for anorexia nervosa in group format: a naturalistic pilot study. *Eur Eat Disord Rev* 2014; 22: 200–205.