

СЛАБОСТ И ПРЕДРАЗСЪДЪЦИ: ПОЛОВИТЕ СТЕРЕОТИПИ НА ПАТРИАРХАЛНИЯ МОРАЛ И РОЛЯТА ИМ В НОЗОГРАФСКОТО КОНСТРУИРАНЕ НА ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА

АЛЕКСАНДРА ТРАЙКОВА

Институт за изследване на обществата и знанието, БАН

al.tra@abv.bg

FROM GENDER STEREOTYPES TO PSYCHIATRIC BIAS: HOW PATRIARCHAL MORALITY AFFECTS THE NOSOGRAPHIC CLASSIFICATION OF EATING DISORDERS

ALEKSANDRA TRAYKOVA

Institute for the Study of Societies and Knowledge, BAS

Abstract

The Istanbul Convention conundrum has sparked a wave of discussions among contemporary Bulgarians about the role of women. Quite predictably, many still consider motherhood, marriage and domestic chores to be the pinnacle of feminine achievement. The bigger surprise was that, according to a recent survey, an astonishing 38% of UK citizens and 52% of Irish citizens believe that procreation and family responsibilities ought to be regarded as the most meaningful aspects of a woman's life. Well into the twenty-first century, females in the Western world are still routinely subjected to a variety of influences which undermine their sense of autonomy, independence and individual self-worth. Even the context of institutionalized health care can be riddled with oppressive practices, which can diminish the quality of the service provided and perpetuate harmful gender stereotypes within a society. In this paper I briefly show that conceptualizing eating disorders as a gender-specific pathology can have negative ethical implications reaching far beyond the clinical context: it downplays the social factors contributing to these conditions' aetiology whilst also trivializing the struggle with oppression.

Keywords: medical ethics, social aetiology of eating disorders, gender stereotypes, social roles

Необходимо е да се идентифицират предизвикателствата, които собствените ни предразсъдъци поставят пред изготвянето на клинично адекватни и етически издържани психиатрични диагнози, както и пред съставянето на напълно функционална и морално непроблематична нозографска класификация на психиатричните заболявания.

Има два въпроса, които отдавна разделят мненията на западните философи и социолози на медицината. Единият е дали институционализираната медицина, и в частност психиатрията, може еднолично да бъде подведена под отговорност за феномени като прекомерната патологизация. Другият въпрос е дали тези феномени са отражение на користни интереси или диагностичните етикети отразят някакви по-фундаментални нагласи. При всички положения отдавна е установено, че една диагноза за психично заболяване – и изобщо цялостната нозографска структура на съвременната психиатрия – носи огромна тежест както за качеството на живота на диагностицирания, така и за социума. Властта на медицинския авторитет над персонални, не-медицински аспекти на човешкото съществуване като начина на живот, сексуалността и дори семейното планиране е обсъждана многократно и задълбочено. В собствената ми работа не липсват релевантни примери за това, като до този момент съм засягала основно начините, по които неуместната медикализация може да бъде подчинена на целите на наблюдението и контрола [Trajkova, 2017].

В тази статия ще представя друго слабо звено, а именно как зле конструирания диагностични етикети, освен да превърнат отделни личности или обществени групи в потенциални обекти на злонамерени и неправомерни вмешателства от страна на трети страни, могат да изпълняват и ролята на инхибитори спрямо инициативно, бунтовно или другояче обществено неудобно поведение. Ще се спра на един конкретен пример, доколкото той обвързва темата за менталното здраве с тази за някои от стереотипите, свързани с биологичния и социалния пол: женските хранителни разстройства. Значимостта и комплексността на този проблем е силно подценявана, а теоретичният интерес към неговите социални корени – крайно недостатъчен, поради което интерпретациите рядко стигат по-далеч от поредните опити да се припише отговорност на медиите за използваните от тях силно ретуширани образи на нереално стройни тела или да се заклеймява всеки един дизайнер, дръзнал да наеме болезнено слаби модели за поредното си ревю [Wolf, 2002; Widdows, 2018].

Безкрайно сложните и задълбочени отношения между телесност, автономия, джендър роли и женско здраве биват затъмнени, пренебрегвани, изтласкани на заден план. Резултиращият опростенчески прочит на заболяванията от групата „eating disorders“ или „хранителни разстройства“ е безпощаден: анорексичната жена, без значение от възрастта, образователното ѝ ниво, сексуалната ѝ ориентация или положението ѝ в обществото, е сведена до когнитивното ниво на безкритичен консуматор на модни списания и уебсайтове, безропотно попиващ всяка поредна приумица, родена от индустрията на красотата. В действителност обществените очаквания, отправени към западната жена в качеството ѝ на морален агент и социална единица, формират ядрото на един от основните вътрешни конфликти, засягащи страдащите от анорексия и булимия, а именно конфликта между автентичните им стремежи и мъртвата хватка на действителността. По зла ирония на съдбата същите тези обществени очаквания стоят и в основата на диагностичните критерии, формиращи категорията „хранителни разстройства“ – категория, приписвана почти изцяло на лица от женски пол, или на лица, идентифициращи се и/или живеещи като жени.

Не би било трудно да приемем, че животът на жените в западните и индустриализираните общества е значително по-медикализиран от този на мъжете. Медицинското наблюдение съпътства и често пъти дори упражнява нормативно влияние върху множество аспекти на женствеността и женското тяло – като започнем от сексуалността, контрацепцията, бременността, раждането и технологиите за асистирана репродукция, и стигнем до популярната напоследък естетическа хирургия. В някои страни жените са съумели да извоюват или запазят автономията си, избирайки да изживяват себе си като активни участници в този процес, а медиказацията – в инструмент за осъзнат и контролиран избор; така е например в контекста на борбата за правото на аборт в Полша и Ирландия, или кампаниите срещу намаляването на горната възрастова граница за ин-витро в Англия от края на 2017 г. Ала в контекста на психиатрията, която по дефиниция допуска сериозни съмнения относно светоусещането на пациента, здравеопазването лесно може да се подхлъзне по наклонената плоскост, водеща до упражняването на натиск върху една вече уязвима група.

На социалната етиология на хранителните разстройства (и по-конкретно на влиянието на половите роли върху развитието на симптоми) днес се посвещава повече внимание в сравнение със средата на миналия век. Основен принос към това имат някои от ключовите феминистки произведения по темата, излезли от печат в периода между шейсетте и осемдесетте години на 20 в., чиито интерпретации поставят патриархалната култура в етиологическите основи на булимията и анорексията. До този момент теоретичните интерпретации и на двете заболявания им приписват особен вид онтологическа двойственост, и те съществуват едновременно като полово-специфични и като силно индивидуални патологии. Целта на тази статия е да ги ситуира в по-широкия дискурс на патриархалната култура и отредената в нея роля на жената, за да се инициира едно изследване на косвеното влияние, което патриархалните ценности упражняват върху формирането на диагностичните критерии в психиатрията.

В подкрепа на този анализ ще бъдат приведени и исторически примери, демонстриращи, че диагностичните етикети рядко могат да бъдат разглеждани в изолация от конкретните икономически и социални рамки, в които са произведени. Както следва да видим, в някои от тях несъобразяването с изискванията на лечението бива привидано като антисоциална проява или бунт срещу традиционно почитаните в съответната общност ценности – факт, който и сам по себе си свидетелства в полза на застъпената от мен теза. Поради тази причина считам, че всеки един опит да се достигне до сериозни прозрения относно естеството на хранителните разстройства трябва да бъде съпроводен от пълен отказ да се позоваваме на половите стереотипи, залегнали в основата на диагностичния етикет.

Хилде Брух, А. Х. Крисп, М. С. Палацоли и Р. Слейд първи започват да прокарват виждането, че зад анорексичното поведение стои нещо неизмеримо по-дълбоко и трагично от обикновена суета [Malson, 1998: X-XI]. В средата на шейсетте години на миналия век традиционната за психиатрията презумпция, че както анорексията, така и булимията са маладаптивни механизми за контрол върху собственото тегло, произведени в желанието да се подражава на определени идеали за красота, среща сериозен отпор от страна и на четиримата автори. За отправна точка при тях служи разбирането, че оперативното понятие за „нормалност“ в психиатрията и психологията е изградено не толкова върху представата за здравословно поведение,

колкото върху тази за поведението, което в най-голяма степен би благоприятствало способността ни да функционираме според нормите на една буржоазна култура, крепяща се върху патриархален морал (т. е. безпрекословно и с готовност да изпълняваме натрапената ни социална роля, но само и единствено според предписанията за собствения ни пол).

Тъй като всяка една култура, разчитаща на патриархални етични норми, по дефиниция центрира тези норми около ролята, изпълнявана от мъжа, западните стандарти за „нормалност“ не са полово неутрални, въпреки напразните си претенции да изглеждат такива. Този псевдо-неутрален стандарт за „нормалност“ влиза в пряко противоречие с традиционния за западните общества идеал за „женствено поведение“, поради което съвместното им усвояване нерядко води до остри вътрешни конфликти у представителите на всички полове. Сблъсъкът между „нормалността“ и привидно радикалната ѝ противоположност – „женствеността“ – произвежда дълбоко усещане за безпомощност, неадекватност и неспособност за постигане на социално признание, докато лицата, определящи себе си като жени или живеещи като такива, полагат неистови усилия да бъдат самодостатъчни независими личности и същевременно с това да структурират живота си около нуждите на близките си, т.е. да поемат ролята на „обгрижваща фигура“. При отсъствието на възможност да съсредоточат усилията си върху своите собствени нужди, без да срещнат критика за това, тези лица започват да изпитват тревожност и несигурност, или в някои случаи – страх от непосилната отговорност, стоварена на плещите им.

Според интерпретацията на Крисп например, тези неприятни усещания биват потискани чрез несъзнавани опити екзистенциалните предизвикателства да бъдат избегнати посредством регрес към биологичното детство. Продължителното гладуване има задачата да отложи, забави, избегне или преобърне нормалния процес на растеж и стареене, а с това – и на отговорностите, съпътстващи живота на възрастния човек [Crisp, 1980: 91].

В много от случаите обаче не се касае за изключителни форми на житейски предизвикателства – напротив, екзистенциалната криза на пациентите често бива породена от нереалистичните очаквания, на които трябва да отговорят според останалите членове на общността. Според Крисп отношението към храната се променя драстично за да спомогне не за поддържането на определен тип визия, а за постигането

на т. нар. „flight back into psychobiological childhood“ (ibid) [1]. Крайната цел е да се избегне изпадането в „maturation crisis“ или „криза на зрелостта“. Концептуализирането на хранителните разстройства като „типично женски“ прояви на суета тривиализира проблема и бяга от неговата същност, вместо да насочва вниманието към нея и да търси дългосрочни решения; то привиква патологията в страдащия, вместо да рамкира „проблемното поведение“ в съответния социален контекст. По този начин самата женственост бива конструирана като изначално патологична и склонна към ирационални саморазрушителни типове поведение, а хранителните разстройства биват обяснени именно с тази склонност, без да се търси по-задълбочено разбиране за техния произход и влияние.

Феминистките разработки върху социалната психология на анорексията представляват опит да се коригира именно това опростяващо схващане и да се предотвратят проблематичните въздействия, които то може да окаже върху положението на една вече уязвима категория от хора. В тези разработки се усеща силно пост-структуралистско влияние, но много от тях разчитат и на допълнителни теоретични рамки (например на психоаналитичната теория), чрез които тестват издръжливостта и адекватността на т. нар. „commonsensical assumptions“ [2] и разкриват предразсъдъците, стоящи в техните основи. Този критичен поглед е от значение, тъй като психиатричната медицина и психологията би следвало да проблематизират отрицателните полови стереотипи и да спомагат за изграждането на критична нагласа спрямо тях, вместо да се позовават на тях в оперативната си дейност. Още през осемдесетте години на миналия век Лакан и Митчъл [Mitchell, 1982] препрочитат Фройд, за да демонстрират наличието на полови предразсъдъци в процеса на конструиране на диагностични етикети. Именно с това наличие те обясняват и сходството между диагностични етикети като „истерия“ и „анорексия“, в които по дефиниция са залегнали определени убеждения за „функцията“ на жената. Лакан достига до анти-есенциалистското заключение, че половата идентичност не е естествена категория, а „символична позиция“, произвеждана в социални процеси на „обозначаване и интерпретация“ [Lacan, 1982: 123-136].

Скоро след това Рамас разгръща сходна интерпретация, според която „истерия“ не е нищо повече от удобно събирателно понятие, обхващащо различни типове непокорство у жените, включително нетрадиционна сексуална ориентация, нежелание

за задомяване, подлагане на съмнение на патриархалните ценности, и други [Ramas, 1985: 149-180]. Малсън също прави опит да разтълкува анорексичното поведение като разчертаване на символична граница, разделяща Аза от Другите; като едно своеобразно „дискурсивно производство на контрол“ върху собственото тяло и собствения живот [Malson, 1998: 121]. Според Брух този символичен контрол компенсира липсата на самостоятелност или свобода в други аспекти от живота на Аза и изразява желание за бунт срещу зависимостта на Аза от една общност, която не му дава възможност да прави собствени избори [Bruch, 1974].

Действително, теоретичната медицинска литература от деветнадесети век типично обвързва истерията и анорексията именно по този показател: например в записките на Шарл Лазег от наблюденията върху неговите пациенти, проведени в периода между 1868 и 1872 г., често се среща мотивът за „патологично задоволство“, което младата истеричка предпологаемо изпитва от това да се превърне в център на внимание за своите роднини и приятели, и да упражнява емоционален контрол върху техните реакции [Lasègue, 1873; 2009: 3-8]. Далеч преди този момент Западната медицина на деветнадесети век вече е силно предубедена към жените и момичетата в резултат на серия от научни и културни стереотипи, срещани и до днес. Сред тези клишета попадат схващането, че мъжката и женската нервни системи са устроени различно и се характеризират с различни конституционни особености (женските нерви са поначало „деликатни“ и „слаби“ в сравнение с тези на мъжа), а също и разбирането, че биологичното тяло на жената е неустойчиво и „крехко“ по самата си „природа“, и по този начин изначално неспособно да оцелява самостоятелно при така желаните от суфражетките условия на равенство между половете.

Този исторически период, макар и преходен за психиатрията и нейното обособяване като самостоятелна наука, е тежък за много от пациентите, поставени под нейните грижи. Така наречените по това време „нервни заболявания на жената“ биват представяни като модерно предизвикателство за всеки уважаващ себе си начеващ специалист, а епидемиологията им бива изкуствено раздута чрез свръхдиагностициране вследствие от небивалия интерес. В комбинация с неблагоприятния социален климат, породен от враждебното отношение към дейността на суфража, в западните общества бързо се налага културното и медицинско клише, че жената е изначално „ирационална“, „нестабилна“ и склонна към душевни заболявания.

Едновременно неусетно и рязко, женствеността бива конструирана като понисша форма на биологично съществуване, по презумпция отстъпваща на мъжествеността в умствен и физически план. Тези „дефицити“ ловко биват употребявани в дехуманизираща политическа реторика, която рационализира, оправдава и затвърждава онеправданата позиция на жените в тогавашното общество. Социалната роля на представителите на „нежния пол“ се изчерпва с тяхната зависимост, подчиненост и отдаденост на онези, с които те имат брачни или родителски взаимоотношения, тъй като при отсъствието на адекватни интелектуални способности и умения за самоконтрол не може да се говори за упражняването на каквито и да било граждански права или отговорности. Както отбелязва Орбах малко повече от век по-късно, последвалият бум от случаи на „анорексия„ и „истерия“ се превръща в символичен език на протеста [Orbach, 1986: 17; 48]; в бунт на онези, които несправедливо биват лишени от глас, и чието социално и политическо обезвреждане се ползва с директна подкрепа от страна на медицината и психиатрията под фалшивия претекст на една напълно излишна патологизация. Поради невъзможността да бъде отхвърлен чуждият контрол върху всички останали аспекти от живота ѝ, западноевропейската „истерична анорексичка“ от деветнадесети век прибегва до малкото достъпни за нея форми на микроконтрол върху собствената си телесност – тя получава припадъци, спи извънредно дълго в опит да се откъсне от действителността, или напротив, не спи изобщо; тя отказва да приема каквато и да било храна, или става изключително капризна по отношение на видовете храна, които консумира; тя се отцепва от колектива, изпадайки в меланхолия или в пристъпи на хипохондрия, и по този ироничен начин намира убежище именно в приписваните ѝ от обществото недостатъци. Но най-вече – тя гладува и линее, постепенно прекъсвайки връзката си с външния свят и обществото.

В наши дни и в клиничния контекст, и извън него се е наложила клишираната хипотеза, че анорексиците и булимичите неизменно страдат от делюзии и от нереалистично виждане за собственото тяло (“unrealistic body image”). Този повърхностен прочит на преживяванията на хората с анорексия и булимия почива на стереотипа за „типично женската“ обсебеност от собствения външен вид, и пропуска да отчете възможността хранителното разстройство да се явява като вид маладаптивна стратегия за справяне с по-дълбок, междуличностен или социален проблем. В

качеството си на физически симптоми анорексията и булимията безспорно заслужават засилено клинично внимание, но към момента обществените фактори (ценности, морални норми, кодове на поведение, полови стереотипи), които допринасят към етиологията им, рядко се превръщат в обект на също така задълбочени анализи от страна на медицинските лица и кампаниите по обществено здравеопазване.

Макар и разбираемо, това положение на нещата влиза в директно противоречие с изводите на редица специалисти, които препоръчват активна намеса на съответните органи и институции под формата на кампании [Austin, 2012: 854; Gumz et al., 2018; Moessner et Bauer, 2017] именно поради факта, че систематичното им провеждане има забележим ефект върху склонността на засегнатите да потърсят помощ. Това се дължи на нормативния заряд, имплицитно съдържащ се във всеки диагностичен етикет – ако едно състояние бива припознато от обществеността като заболяване (схващане, което може да бъде наложено посредством информационни кампании), шансът засегнатият да потърси лекарско мнение се увеличава драстично [Gumz et al., 2018]. Този нормативен заряд директно допринася към задействането на социалните процеси на патологизиране на определени типове поведение.

Тази теоретична линия е донякъде застъпена и в социалния детерминизъм на Слейд, който припознава причинно-следствени връзки между крайно строгите диети и някои специфични форми на религиозния морал – например християнството, и особено протестанството и католицизма, където на почит се намират ценности като авторегулацията, усилието, труда и способността максимално да бъде отлагано личното удовлетворение [Slade, 1984: 135]. Няколко години преди това Хилде Брух посочва определени типове семейна динамика и родителски (най-вече майчински) модели на поведение като източник на проблема. Според нея натрапването на семейни ценности и добродетели като жертвоготовността почти изключително върху момичетата (и то в техните формативни години) произвежда силен вътрешен конфликт у тях и ги дресираща да пренебрегват собствените си нужди; стремежът им да отговорят на нереалистичните очаквания на близките си не съответства на действителния капацитет на обикновено доста крехките в емоционално отношение подрастващи [Bruch, 1978: 106]. Максуйн критикува както подхода на Слейд, така и този на Брух, които счита за недостатъчно фокусирани върху въпроса за символичния и ценностен заряд на женското тяло – както и на биологичната метаморфоза, през която минава

съзряващото момическо тяло – в рамките на култура, която едновременно сексуализира, критикува и контролира физическото присъствие на жената [MacSween 1993: 41].

Що се отнася до категории като дълга и отговорността, западните общества определено поставят жената в една доста противоречива морална сива зона: те ѝ задават непосилни нормативи, очаквайки от нея доброволно и себеотдадено да изгради целия си живот около чуждите потребности, но същевременно с това обстойно изследват и патологизират всяка нейна проява на желание да упражни дори минимален контрол върху своите. Крисп също забелязва токсичния потенциал на това противоречие и го използва, за да изгради теорията си за етапите в цикъла на анорексичното поведение: житейско предизвикателство (обикновено под формата на морален конфликт) – реакции на страх и тревожност – гладуване до постигане на „психобиологичен регрес“ – избягване на непосилното бреме посредством своеобразно вдетиняване, което същевременно позволява запазването на минимален контрол върху личните избори.

Този обяснителен модел разполага и с допълнителното предимство, че опитва да вникне в тенденцията на страдащите от анорексия и булимия да се „влошават“ в периоди на екзистенциална криза и финансови, професионални или семейни неприятности, вместо да приписва тази тенденция на предполагаеми биохимични сходства с тревожните разстройства [Berg: 2014] [3]– състояния с доказан соматичен субстрат. Психоаналитичният модел на Палацоли, според който анорексията и булимията предлагат спасение от предизвикателствата в света на възрастните, също е чувствителен към моралната дилема на страдащите – дали да отхвърлят директно стоварените върху плещите им отговорности или да потърсят убежище в удобната маскировка на детеподобното тяло – но също така привлича вниманието към допълнителни усложнения, като например нежеланото внимание от страна на определени ухажори, страха от предметяване на женското тяло или от сексуален тормоз, и прочее етични и социални по своето същество проблеми [Strathern 1998: 5]. Понякога е налице страх от попадане в пасивната, безпомощна позиция на жертва; в капана на обезличаването, лишаването от автономия и невъзможността да бъдат отстоявани границите на собствената воля и собственото тяло. Този страх нерядко води до първичен, неосъзнат протест срещу собствената обезвластеност.

Образът на женското тяло като един пасивен, незавършен обект, сякаш „реципиент“ или „придатък“ към мъжкото, директно изхожда от вторичната социална позиция на жените, тоест е идеологически и културно оформен в ежедневните практики, а не е директно изведен от фактите на обективната действителност. Следователно обществото споделя колективното задължение да отстрани своето собствено митично произведение – клишетото за слабостта и неспособността на „нежния“ пол – преди да медикализира поведението на онези негови представителки, чието отчаяние се проявява чрез психосоматични симптоми. За целта са необходими понятийни ресурси, които да засичат и да противодействат на случаите на свръхдиагностициране и некоректно медицинско профилиране, както и на отрицателните стереотипи, върху които почиват тези практики. Запознатостта с историята на психиатрията (и на медицината като цяло) би спомогнала за изясняване на ролята на последните, както и за вникване в социокултурните фактори, които изплитат сложната мрежа от отношения между телесност, полови стереотипи и социални роли такива, каквито ги привиква едно медицинско лице, индоктринирано в духа на всъщност вече отминалата модерна епоха в западната медицина (XIX в.). Не е излишно да сме наясно с предразсъдъците, които понякога се промъкват в науката; в производството и прилагането на диагностичните етикети.

Значително по-важно обаче е да развием емпатичен и отговорен подход към една категория от състояния, за които Детр и Йарецки с право отбелязват, че са наречени „ментални заболявания“ само и единствено за по-удобно нозографично класифициране [Detre et Jarecki, 1971: 75], за да не позволяваме те да се превръщат в прикрити форми на контрол, сегрегация или дискриминация.

БЕЛЕЖКИ

[1] Англ.: „полет обратно към психобиологичното детство“ (превод – мой, А.Т.).

[2] Англ.: „общоприети презумпции“. (превод – мой, А.Т.).

[3] След сравнително скорошно изследване, проведено на територията на Университета в Минесота, бяха представени заключения, че тревожните и хранителните разстройства споделят сходни генетични пътища. За повече информация виж Berg, K. C., ‘Overgeneralization of Conditioned Fear as a Pathogenic Marker of Anorexia Nervosa’, проучване на University of Minnesota и Clinical and Translational Science Institute от

декември 2014, публикувано онлайн на адрес <http://psychcentral.com/cgi-bin/ct.cgi/show/NCT02148042?term=anorexia&%20=11> [посетен на 30 май 2018, 13:59 ч.]

ЛИТЕРАТУРА

Austin, S. Bryn, 2012. A public health approach to eating disorders prevention: It's time for public health professionals to take a seat at the table. In: *BMC Public Health*, 2012, Vol. 12, p. 854.

Berg, K. C. 2014. 'Overgeneralization of Conditioned Fear as a Pathogenic Marker of Anorexia Nervosa', проучване на University of Minnesota и Clinical and Translational Science Institute от декември 2014, публикувано онлайн на адрес <http://psychcentral.com/cgi-bin/ct.cgi/show/NCT02148042?term=anorexia&%20=11> [посетен на 30 май 2018, 13:59 ч.]

Bruch, H., 1974. *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*, Routledge, London.

Bruch, H., 1978. *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia*, Open Books, Wells.

Crisp, A. H., 1980. *Anorexia Nervosa: Let Me Be*, Academic Press, London.

Gumz, A. et al, 2018. The psychenet public health intervention for anorexia nervosa: a pre-post-evaluation study in a female patient sample. In: *Primary health care, research and development*, January 2018, Vol. 19, No. 1, pp. 42-52.

Lacan, J., 1982. Feminine sexuality in psychoanalytic doctrine. In: J. Mitchell, J. Rose (Eds.) *Feminine Sexuality: Jacques Lacan and the école Freudienne*, Macmillan, Basingtoke, pp. 123-136.

Lasègue, C., 2009. De l'anorexie hystérique. In: *Journal Français de Psychiatrie*, 2009, Vol. 1, No. 32 (Anorexie-boulimie: Approche clinique et théorique), pp. 3-8.

MacSween, M., 1993. *Anorexic Bodies: a Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa*, Routledge London and New York, London.

Malson, H., 1998. *The Thin Woman: Feminism, post-structuralism, and the social psychology of anorexia nervosa*, Routledge, New York.

Moessner M. et Bauer, S., 2017. Maximizing the public health impact of eating disorder services: A simulation study. In: *International Journal of Eating Disorders*, December 2017, Vol. 50, No. 12, pp. 1378-1384.

- Orbach, S.**, 1986. *Hunger Strike: The Anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Age*, Faber&Faber, London.
- Palazzoli, M. S.**, 1974. *Self-starvation: From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa*, Human Context Books, Chaucer Publishing Company, London.
- Slade, R.**, 1984. *The Anorexia Nervosa Reference Book: Direct and Clear Answers to Everyone's Questions*, Harper and Rowe, New York.
- Strathern, A. et Lambek, M.**, 1998. Introduction Embodying Sociality: Africanist-Melanesianist Comparisons. In: Strathern, A., Lambek, M. (Eds.), *Bodies and Persons: Comparative Perspectives from Africa and Melanesia*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Ramas, M.**, 1985. Freud's Dora, Dora's Hysteria. In: C. Bernheimer, C. Kahane (Eds.), *In Dora's Case: Freud, hysteria, feminism*, Virago, London, pp. 149-180.
- Traykova, A. K.**, 2017. *Optimizing hybridism: A critique of naturalist, normativist and phenomenological accounts of disease in the philosophy of medicine*, 2017 (Докторска дисертация, Дърамски Университет).
- Widdows, H.**, 2018. *Perfect me: Beauty as an ethical ideal*, Princeton University Press, Princeton.
- Wolf, N.**, 2002. *The beauty myth: How images of beauty are used against women*, Harper Perennial, New York.