

Beata Ziółkowska

Instytut Psychologii, UKW w Bydgoszczy

Nieprawidłowe zachowania jedzeniowe u osób niepełnosprawnych fizycznie

Problematyka nieprawidłowych zachowań związanych z jedzeniem jest rozważana teoretycznie na gruncie wielu dyscyplin naukowych, a także empirycznie weryfikowana. W publikacjach z tego zakresu znajdujemy jednocześnie informacje dotyczące współwystępowania zaburzeń odżywiania z innymi zaburzeniami psychicznymi, rozwojowymi, uzależnieniami od substancji i czynności czy zachowaniami autodestruktywnymi. Niestety niewielu autorów podejmuje kwestię zaburzeń odżywiania u osób niepełnosprawnych fizycznie, a wiele danych wskazuje na to, że nie są one rzadkością. Celem tekstu jest próba przedstawienia aktualnego stanu wiedzy na powyższy temat, ukazanie niepełnosprawności fizycznej jako czynnika ryzyka dla rozwijania zaburzeń łaknienia oraz nakreślenia kierunków terapii oraz psychoprophylaktyki.

Słowa kluczowe: współwystępowanie zaburzeń, zaburzenia jedzenia, nieprawidłowe zachowania jedzeniowe, niepełnosprawność fizyczna, przewlekła choroba chroniczna, podwójna diagnoza, działania psychoprophylaktyczne

Unhealthy eating behaviors in people with physical disabilities

The problem of abnormal eating behaviour is a phenomenon grounded and considered in theoretical issues of varied scientific disciplines, as well as verified in a purely empirical way. In the source literature one can find data pointing out the coexistence of eating disorders with other disorders of mental or developmental nature, addiction to substances and activities or self-destructive behaviours. Unfortunately, one can hardly find authors who take into consideration the problem of eating disorders in people with physical disabilities, despite the source data clearly indicate eating disorder as quite frequent in them. The presented paper is an attempt to show the current knowledge on the scope, discuss physical disabilities as a risk factor for symptoms of eating disorders, outline the treatment recommendations and directions for eating disorders therapy and psychoprophylaxis.

Keywords: Co-occurrence of disorders, eating disorders, abnormal eating behaviour, physical disability, chronic illness, double diagnosis, psychoprophylaxis

Wprowadzenie

Problematyka zaburzeń odżywiania, nienormatywnej masy ciała, jak i niepełnosprawności fizycznej są analizowane w publikacjach krajowych i międzynarodowych na gruncie takich dyscyplin, jak: psychologia, medycyna, pedagogika, socjologia, zdrowie publiczne itp. Nieobecną kwestią w rodzimych źródłach, w tym z zakresu psychologii, jest współwystępowanie niepełnosprawności i zaburzeń odżywiania czy nieprawidłowych nawyków jedzeniowych (za wyjątkiem problematyki nadwagi oraz otyłości). Tymczasem zarówno doniesienia z badań realizowanych na świecie [por. Minges 2014; Roosen, Mills 2014; Gravestock 2000], obserwacje praktyków, jak i głosy samych zainteresowanych [por. <http://www.bbc.com/news/blogs-ouch-32084448>; dostęp: 03.05.2017] wskazują na to, iż z całą pewnością możemy mówić o współwystępowaniu obu problemów, tu: niepełnej sprawności fizycznej i nienormatywnych zachowań jedzeniowych oraz o ich szerokich, somatycznych i psychospołecznych konsekwencjach.

Problematyczność tematu (nie)jedzenia w populacji osób niepełnosprawnych potęgowany jest dodatkowo trudnościami klasyfikacyjnymi dotyczącymi jej istoty, czyli tego, czym jest niepełnosprawność i jak ją definiować. Poczucie to mają każdego dnia osoby które wiedzą jak trudno jest odstawać od tłumu, a jednocześnie tak bardzo chcieć się w niego wmieszać [Jackson 2005, za: Gorajewska 2009]. O znacznym zróżnicowaniu tej grupy przesądza m.in. to, że mieści ona w sobie zarówno osoby np. z dyskretną dysfunkcją narządu słuchu, bardziej widoczną ruchową, aż po sprzężone formy niepełnosprawności [Sękowska 1998].

Pozostawiając w tle nierozstrzygnięte jak dotąd kwestie terminologiczne dotyczące samego zjawiska współwystępowania¹, przyjmijmy tezę, iż doświadczenie niepełnej sprawności fizycznej, w tym przewlekłej choroby somatycznej, może współistnieć z nieprawidłowymi zachowaniami jedzeniowymi, a skrajnie – z zaburzeniami łaknienia. Zaburzenia współwystępujące pozostają często nierozpoznane i nieleczone, z uwagi na [Żechowski, Jakubczyk 2000] – po pierwsze – ich maskowanie (*masking*; jedno z zaburzeń uniemożliwia/ utrudnia zdiagnozowanie symptomów drugiego) albo – po drugie – zacienienie (*overshadowing*; w opinii diagnosty, jedno z zaburzeń jest wywoływane przez drugie lub stanowi jego integralną część). Dla przykładu: w przypadku osób niepełnosprawnych fizycznie, nadmierną masę ciała interpretuje się najczęściej w kategoriach niedostatku

¹ Zjawisko współwystępowania chorób i/ lub zaburzeń, jakkolwiek weryfikowane szeroko w wielu badaniach empirycznych, nie jest w literaturze jednoznacznie zdefiniowane i interpretowane. W efekcie w polskim piśmiennictwie autorzy operują synonimicznie takimi pojęciami, jak wspomniane współwystępowanie współistnienie zaburzeń, współchorobowość, współzachorowalność lub współzapaadalność. Mówi się też o „chorobach i zaburzeniach towarzyszących” lub o „podwójnej diagnozie” (*dual diagnosis*).

wysiłku fizycznego powodowanego unieruchomieniem, wymuszającego sedenteryjny tryb życia, czy jako wynik wysokowęglowodanowej bądź wysokotłuszczowej diety, ewentualnie efekt działania przyjmowanych leków [Podgórska-Bednarz 2015], bez wnikania w kwestie stosunku do pokarmu, roli jaką pełni w historii życia osoby niepełnosprawnej, sposobów zaspokajania głodu, epizodów utraty kontroli nad tym procesem, czynności kompensacyjnych itp., mogącymi wskazywać w efekcie na współistniejące problemy w sferze jedzenia czy wręcz zaburzenia odżywiania (np. bulimie, zespół jedzenia kompulsyjnego).

Bez wątpienia jednak doświadczenie niepełnej sprawności fizycznej, w tym chronicznej choroby somatycznej, zwłaszcza w przypadku dzieci i młodzieży, godzi (w różnym stopniu) w integralność cielesną, zakłóca/ znacznie modyfikuje relacje społeczne, ogranicza realizowanie zadań rozwojowych i podejmowanie ról społecznych mogących stanowić oś dla formowania tożsamości osobowej, w tym tożsamości ciała oraz tożsamości społecznej [Trambacz, Gołaska 2013]. Styl opieki rodzicielskiej (np. nadmiernie chroniący, pobłażliwy), brak perspektyw życiowych (zarówno realnych, jak i spostrzeganych subiektywnie), konstruowanie tożsamości w oparciu o rolę osoby chorej/ niepełnosprawnej, deficyt wartościowych i różnorodnych kontaktów oraz ofert społecznych, ubóstwo konstruktywnych strategii radzenia sobie i/ lub niska elastyczność w korzystaniu z nich, mogą tworzyć kontekst rozwoju narażający jednostkę na sięganie po niekonstruktywne strategie radzenia sobie z trudnościami, w tym poprzez (nie)jedzenie. Jedną z takich trudności jest bez wątpienia adaptacja do samej niepełnosprawności/ choroby zasadzająca się na realizowaniu zadań decydujących – z jednej strony – o ustosunkowaniu do niej i samego procesu leczenia, z drugiej – o funkcjonowaniu w ogóle.

Celem tekstu jest zainicjowanie rozważań nad współwystępowaniem niepełnosprawności fizycznej, w tym przewlekłej choroby somatycznej, z nieprawidłowymi zachowaniami jedzeniowymi, zarówno z uwagi na etiologię, mechanizm, jak i diagnozę oraz planowanie działań terapeutycznych i psychoprophylaktycznych w populacji wieku rozwojowego.

Zaburzenia odżywiania: istota, klasyfikacja, epidemiologia

Na wstępie przyjmijmy tezę, iż nie każda nieprawidłowość w obszarze odżywiania ma cechy zaburzenia, a stosunek do jedzenia jest wskaźnikiem zmian/ problemów w innej, równoległej sferze funkcjonowania człowieka. Problemy jedzeniowe, skrajnie – zaburzenia odżywiania, powstają wówczas [Kowalczuk 2008], gdy jednostka nadmiernie koncentruje się na jedzeniu. Jemu właśnie podporządkowuje codzienne funkcjonowanie co sprawia, że w rezultacie pokarm staje się źródłem obsesji, środkiem prowadzącym do patologicznego zaspokaja-

nia własnych potrzeb emocjonalnych. Z pewnością moment rozwoju, specyfika stadium, aktualne doświadczenia życiowe, aktywność fizyczna, płeć współdecydują o ustosunkowaniu podmiotu do jedzenia oraz o intensywności jego zapotrzebowania na pokarm. Normatywne jest bowiem obniżenie apetytu zarówno w sytuacjach dystresu (np. doświadczenie żaloby), jak i eustresu (np. stan zakochania). Obie jednak sytuacje z czasem samoistnie się regulują. Nie jest tak jednak zawsze...

Analiza środowiska żywieniowego człowieka symbolicznie daje nam wyobrażenie o relacjach w rodzinie, przywiązaniu, postawach rodzicielskich, potrzebach uczestników relacji, stylu życia, stosunku jednostki do własnego ciała i zdrowia itp. I tu okazuje się, iż sfera pokarmowa staje się często źródłem wewnętrznych konfliktów. Posługiwanie się (nie)jedzeniem w procesie radzenia sobie z różnymi trudnościami jest tym bardziej gratyfikujące, iż pokarm w dzisiejszych czasach to w większości kultur dobro ogólnie dostępnym, które nosi w sobie konotację pozytywną (w przeciwieństwie np. do substancji psychoaktywnych), a zaspakajanie potrzeby pokarmowej jest naturalnie związane z realizowaniem praw biologicznych do zachowania zdrowia i życia. Jedzenie ma więc z jednej strony wartość pozytywną – nagradzającą, zapewniając uczucie sytości, przyjemności, błogostanu, rozładowuje napięcie i pociesza, z drugiej jednak negatywną – bywając źródłem poczucia winy, deficytu poczucia kontroli, wstrętu czy obrzydzenia do siebie [Niewiadomska, Kulik, Hajduk 2005], co może świadczyć m.in. o rozwijaniu się zaburzeń łaknienia...

Współczesne systemy klasyfikacyjne DSM-5 (2013) i ICD-10 (2010) precyzują, kiedy diagnoza zaburzeń łaknienia jest uprawniona. Po pierwsze – istnieje określone zaburzenie nawyków żywieniowych i/ lub zachowanie polegające na kontroli masy ciała. Po wtóre – zaburzenie to powoduje od strony klinicznej znaczące nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania somatycznego i/ lub psychospołecznego. Po trzecie – zaburzenie to nie jest schorzeniem wtórnym w stosunku do schorzenia medycznego o charakterze ogólnym lub względem jakiegokolwiek innego zaburzenia psychiatrycznego². Tak więc w przypadku niepełnosprawności

² Obecnie wyróżnia się (APA, 2013) następujące zaburzenia odżywiania oraz karmienia:

- Zaburzenia specyficzne (*Specified eating disorders*): *Anorexia nervosa* (AN), *Bulimia nervosa* (BN);
- Zaburzenie odżywiania z epizodami niekontrolowanego objadania (Zespół jedzenia kompulsyjnego, *Binge eating disorder*, BED);
- Zaburzenia karmienia i jedzenia okresu dzieciństwa: Łaknienie spaczone (*Pica syndrome*, *Pica disorder*, PD), Spaczone przeżuwanie (*Rumination Disorder*, RD);
- Zaburzenia odżywiania polegające na unikaniu lub ograniczaniu przyjmowania pokarmów (*Avoidant/ Restrictive Food Intake Disorder*, ARFID);
- Inne specyficzne zaburzenia jedzenia i odżywiania (*Other Specified Feeding or Eating Disorder*, OSFED) diagnozowane u 50-70% wszystkich osób chorujących na zaburzeniami odżywiania, których objawy nie spełniają kryteriów diagnostycznych zaburzeń wymienionych wyżej: Zespół jedzenia nocnego (*Night Eating Syndrome*, NES), Zaburzenie oczyszczania (choroba/ zespół oczyszczania, *Purging Disorder*).

fizycznej o współwystępowaniu jej z zaburzeniami łaknienia możemy mówić wówczas, gdy owa niepełna fizyczna sprawność jednostki może być co najwyżej czynnikiem ryzyka, nie zaś bezpośrednią przyczyną nienormalnego stosunku do jedzenia.

W literaturze przedmiotu pojawia się wiele opracowań [por. m.in. Striegel i in. 2012; Wojtyła i in. 2011; Lwow i in. 2007; Kołobo, Woynarowska 2004; Maki-no 2004; Muise i in. 2003; Józefik 1999], mających na celu przybliżenie epidemiologii zaburzeń odżywiania. Rzecz nie jest łatwa, bowiem w wielu przypadkach nie towarzyszy im poczucie choroby, innym razem problem bywa subiektywnie spostrzegany jako wstydliva dolegliwość czy też podlega systemowi zaprzeczeń; tym samym chorzy nie korzystają chętnie z pomocy specjalistów. Ponadto pacjenci w wielu wypadkach trafiają do lekarza z uwagi na wtórne wobec zaburzeń odżywiania dolegliwości i z ich powodów są leczeni. Wszystko to powoduje, że „wymykają się statystykom”, stąd też wszelkie szacunki w tym zakresie nie są rzetelne, dając nam raczej przybliżony pogląd na temat zasięgu zjawiska (por. tab. 1).

Tabela 1. Epidemiologia wybranych zaburzeń odżywiania

Zaburzenie	Częstotliwość występowania	Źródło
<i>Anorexia nervosa</i>	– 0,5–1% w populacji adolescentów – 0,2–0,8% w populacji dorosłych – 0,1–5,7% u w krajach zachodnich – 0–0,16% adolescentów płci męskiej	– Abraham, Llewellyn-Jones, 1995 – Kent, 1992 – Wojtyła, 2011 – Bąk, 2008
<i>Bulimia nervosa</i>	– 1–4% w populacji adolescentów – 0,7–1,3% w populacji dorosłych – 0,3–7,3% u w krajach zachodnich – 0–2,1% u nastolatków płci męskiej	– Abraham, Llewellyn-Jones, 1995 – Kent, 1992 – Wojtyła, 2011 – Feldman, Meyer, 2007
Jedzenie kompulsyjne	– 2–3% kobiet – 1–2% mężczyzn	– Striegel-Moore, Franko, 2003

Źródło: Opracowanie na podstawie literatury przedmiotu.

Niepokoi fakt, iż w przypadku specyficznych zaburzeń odżywiania (EDS), do których zalicza się *anorexia nervosa* i *bulimia nervosa* [APA 2013], wskaźniki chorobowości i śmiertelności należą do najwyższych wśród wszystkich zaburzeń psychicznych [por. Żechowski, Jakubczyk 2000; Theander 1985; Morgan i in. 1983]. Skutkują one ponadto znacznym upośledzeniem funkcjonowania człowieka zarówno w sferze *soma*, jak i *psyche* oraz *polis*, co z uwagi na zadania i potrzeby okresu adolescencji, sensytywnego dla rozwijania zaburzeń łaknienia, grozi zakłóceniem linii rozwoju w ogóle. Wielu nastolatków cierpi ponadto na niespecyficzne postaci zaburzeń odżywiania się (*Eating disorder not otherwise specified* – EDNOS), których przebieg często jest również długotrwały, a skutki rozległe i niebezpieczne.

Niepełnosprawność ma miejsce wówczas, gdy sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudniają danej osobie jej codzienne życie, naukę, pracę i relacje społeczne [WHO 1980]. Tym samym, w populacji osób z niepełnosprawnością mieszczą się zarówno te z defektem sensorycznym (np. niedowidzące), fizycznym (np. z ograniczeniem sprawności kończyn dolnych), psychicznym (np. cierpiące na schizofrenię), intelektualnym (np. z obniżonym potencjałem intelektualnym), rozwojowym (np. ze *spectrum* autyzmu) oraz z przewlekłą chorobą somatyczną (np. cierpiące na stwardnienie rozsiane); z różnych powodów – zarówno podmiotowych jak i kontekstowych oraz ich splotu – osoby te ujawniać mogą rozmaite zaburzenia łaknienia oraz nieprawidłowe zachowania jedzeniowe (por. rys. 1).



Rysunek 1. Wybrane rodzaje niepełnosprawności a specyfika problemów z jedzeniem i masą ciała

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: [Kerwin, Eicher, Geslinger 2005; Wonderlich, Connolly, Stice 2004; Schreck, Williams, Smith 2004; Ahearn, Castine, Nault, Green 2001; Gross, Ireys, Kinsman 2000].

Pojemność znaczeniowa i tym samym wieloznaczność kategorii „niepełnosprawność”, wiązanie jej z równie jakościowo zróżnicowaną kategorią zaburzeń odżywiania i nieprawidłowych zachowań jedzeniowych, powoduje, iż jak do tej pory najbardziej adekwatne rozpoznanie łączące obie kwestie dotyczy współwystępowania zaburzeń (*comorbidity*) i odnosi się do obecności więcej niż jednej diagnozy zaburzenia w tym samym czasie u jednego pacjenta [First 2005].

Analiza rysunku (por. rys. 1) wskazuje, że w przypadku choroby Leśniowskiego-Crohna obserwować można zjawisko tzw. wtórnej anoreksji. Jest ona strategią radzenia sobie z lękiem i bólem wskutek owrzodzenia przewodu pokarmowego. Chcąc ich uniknąć, pacjenci zaczynają stosować coraz bardziej radykalne restrykcje żywieniowe. Zaburzenia karmienia, przyjmowanie małych ilości pokarmu, napady złości podczas posiłków pojawiają się z kolei u dzieci z Syndromem Williama, zaś otyłość będąca następstwem uporczywego głodu, braku sytości skłaniająca do nieustannego poszukiwania żywności towarzyszą Chorobie Pradera-Williego. Wśród dzieci doświadczających zaburzeń rozwojowych, takich jak np. autyzm czy zespół Aspergera, pojawia się z kolei niedowaga, jako skutek niechęci do próbowania nowych pokarmów, a także silne preferencje pokarmowe, skłonność do zespołu *pica* oraz ARFID [Ziółkowska 2017a, 2017b]. Dzieci i młodzież z ADHD manifestować mogą objawy bulimii; za pomocą nadmiernego jedzenia i impulsywności radzą sobie z towarzyszącym im napięciem. Z kolei nastolatki cierpiące na cukrzycę ujawniają czasami oznaki diabulimii; manipulowanie dawkami insuliny jest ich sposobem na kontrolowanie masy ciała. Niezdrowe praktyki w tym zakresie prezentują także młodzi ludzie z chorobą zwyrodnieniową, u których ograniczona możliwość ruchu może skutkować nadwagą. Osoby uzależnione od alkoholu mają skłonność do utraty kontroli także na procesem jedzenia, co skończyć się może jedzeniem kompulsyjnym czy też bulimią.

Szczególnie istotne dla rozwijania symptomów zaburzeń odżywiania jest upośledzenie narządu ruchu oraz wszelkie formy zeszpecenia (a także – z innych powodów – całościowe zaburzenia rozwojowe). Niepełnosprawność ruchowa intensywnie godząca w integralność cielesną jest najczęściej wynikiem zużycia narządu ruchu i uszkodzenia tkanek miękkich, w tym kości, stawów, klatki piersiowej, miednicy, kończyn dolnych i górnych (por. Siemion-Szcześniak, 2007). Tymczasem „znaczenie atrakcyjności fizycznej, jako fenomenu występującego powszechnie, zostało potwierdzone w 37 kulturach [Trambacz, Gołaska 2013, s. 211]. Uniwersalny charakter pewnych preferencji estetycznych dotyczy m.in. takich cech morfologicznych, jak: proporcje fragmentów twarzy, wysokość ciała i długość kończyn, względna masa ciała i jego kształt, typ owłosienia i pigmentacji. Standardom tym często trudno sprostać osobom w pełni zdrowym; tym trudniejsze to zadanie dla osób niepełnosprawnych...

Jak dowodzą badania nad percepcją społeczną osób niepełnosprawnych [Cytlak 2008], dotyczy ona zazwyczaj spostrzegania zewnętrznych defektów fizycznych, czyli tego, jak są widziane przez zdrowych ludzi i inne osoby niesprawne fizycznie. Szczególnie istotną rolę dla rozwijania symptomów zaburzeń odżywiania odgrywa upośledzenie narządu ruchu, bowiem ten rodzaj niepełnosprawności jest stosunkowo łatwo zauważalny i niestety – jak się okazuje – trudny do zaakceptowania przez osoby sprawne [Cytlak 2008]; może zatem skutkować wykluczeniem.

Wydaje się ponadto, iż istotnym czynnikiem ryzyka dla rozwijania nieprawidłowych zachowań jedzeniowych jest nie tylko kwestia obiektywnej niepełnosprawności, ale też poczucia niepełnosprawności oraz rozpoznanie kogoś jako niepełnosprawnego i podtrzymywanie go w tym poczuciu. Społeczne potwierdzanie tego faktu ma dla osoby niepełnosprawnej poważne znaczenie. K. Rzedzicka uważa [2003], że osoba taka zyska tożsamość człowieka niepełnosprawnego, który wchodząc w role społeczne, nie będzie zdolny do przyjmowania innych, poza niepełnosprawną, tożsamości. W szczególnie trudnej sytuacji [Koper, Osińska 2014] są bez wątpienia kobiety, których nie w pełni sprawne ciało stoi często w opozycji wobec stereotypu piękna obecnego w naszej kulturze. Wskutek uszkodzenia ciała dochodzi bowiem do dezorganizacji Ja cielesnego, a w rezultacie do zaniżenia poczucia własnej wartości i nieadekwatnej, zaniżonej samooceny [Taleporos, McCabe 2005]. Obecność innych czynników ryzyka (np. kryzys tożsamościowy, deficyt strategii zaradczych, brak wsparcia itp.) prowadzić może do ekspresji symptomów zaburzeń łaknienia, stanowiących odpowiedź na deficyt kontroli nad ciałem, niezgodę na własne ograniczenia, czy wyraz nieprzystosowania do życia społecznego itp.

Etiologia zaburzeń odżywiania z niepełnosprawnością w tle

W grupie ryzyka dla rozwinięcia nieprawidłowych zachowań jedzeniowych mieszczą się – oprócz osób w stadium adolescencji i wczesnej dorosłości – także ci, którzy: aktywnie zajmują się sportem, tańcem oraz problematyką odżywiania [Baum 2006]; doświadczają problemów o charakterze dysmorficznym [Phillips, Pratt 2005]; cierpią na choroby somatyczne, co wzmacnia koncentrację na ciele (np. diabetycy), czy też przeżywają normatywne z punktu widzenia rozwoju, jednak znaczne zmiany w obrębie swego ciała (m.in. ciąża, klimakterium, starzenie się). Stąd też „promocja zdrowego stylu życia oraz szczupłych, wysportowanych ciał wywołuje efekt odwrotny od zamierzonego – epidemię otyłości oraz coraz częstsze przypadki anoreksji” [Głębocka 2007, s. 9].

W przypadku zaburzeń odżywiania mamy do czynienia ze złożoną etiopatogenezą rozumianą jako konstelacja czynników natury neurobiologicznej, osobowościowej, społeczno-kulturowej i rodzinnej [Mroczkowska, Ziółkowska, Cwojdzńska 2007]. Najogólniej, źródła zaburzeń jedzenia można lokować zarówno w grupie uwarunkowań wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Do tych pierwszych zalicza się to, co wiąże się z funkcjonowaniem intrapsychnicznym człowieka, a więc myśli, odczucia, motywy działania itp.; do drugich z kolei to, co wiąże się z funkcjonowaniem jednostki w jej środowisku społecznym, kulturowym i ekonomicznym. Niekorzystny układ i nasilenie determinant obu rodzajów oraz wzajemna ich transakcja mogą przyczynić się do ekspresji symptomów choroby.

Niepełnosprawność a czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania – przegląd badań

Bez wglądu na rodzaj zaburzenia odżywiania, uprawnione jest twierdzenie, że jest ono kulminacją i zmaterializowaniem oddziaływania splotu czynników ryzyka w historii życia pacjenta, aktualizując się zazwyczaj w trudnej – wyzwalającej zaburzenie – sytuacji (np. przymusowa separacja od opiekunów, rozstanie rodziców, przeprowadzka). Tymczasem u wielu nastolatków, u których obserwujemy normatywny zwrot ku ciału, mający miejsce w obliczu przemian somatycznych związanych z procesem dojrzewania, a ponadto obniżenie samooceny i podwyższony krytycyzm, odnotowuje się jednocześnie szereg zachowań mogących wzmacniać ryzyko rozwinięcia nieprawidłowości w sferze jedzenia i ciała, a stanowiących implikację tego, co typowe dla wczesnego etapu adolescencji. I tak dane empiryczne z 2004 roku [Kołobo, Woynarowska 2004] wskazują, że młodzież w wieku 11–15 lat postrzega masę swego ciała nieadekwatnie w stosunku do stanu rzeczywistego. Prawie co druga dziewczynka i co czwarty chłopiec uważają, że są zbyt grubi, co nie znajduje potwierdzenia w obiektywnych wskaźnikach, np. BMI. Doniesienia z badań publikowanych kilka lat później, bo w 2007 roku wskazują [Lwow i in. 2007], że ponad połowa nastolatków ujawnia niezadowolone ze swojego wyglądu, a blisko 40% brak akceptacji dla swej sylwetki. Autorzy (*ibidem*) – co wysoce niepokojące – odnotowali także, że aż 72% dziewcząt z badanej próby deklarowało zachowania typowe dla niektórych form zaburzeń odżywiania, takie jak: jedzenie w ukryciu, niemożność przerwania jedzenia, doświadczanie wstydu z powodu nadmiernego apetytu i przejadania się oraz potrzebę niepohamowanego jedzenia w sytuacji intensywnych przeżyć emocjonalnych. Blisko 60% badanych wówczas dziewcząt deklarowało także, że w przeszłości podejmowało diety odchudzające, a 11% z nich cały czas je stosuje. Dane empi-

ryczne z 2011 [Wojtyła 2011] potwierdzają te tendencje w populacji nastolatków. Odnotowano, że 33% młodych ludzi w Polsce podejmuje próby zmniejszenia masy ciała wykorzystując do tego celu rozmaite, w tym drastyczne metody. Więcej niż jedna czwarta adolescentów deklaruje chęć obniżenia masy swojego ciała, z czego połowa zgłasza nadmierną konsumpcję, 40% doświadcza lęku przed otyłością, 28% odczuwa jadłowstręt i prawie co dziesiąta prowokuje wymioty [Wojtyła 2011].

Jednocześnie badania wśród osób o niepełnej sprawności wskazują, że osoby niepełnosprawne sensorycznie akceptujące swą niepełnosprawność, ujawniają adekwatną samoocenę, w tym pozytywną ocenę swego wyglądu [Kirenko, Korczyński 2008], a osoby niedowidzące i niewidome mają wysoką samoocenę zwłaszcza w obszarze ciała (83 % komunikatów ma charakter wzrokowy – przyp. BZ) [Francois, Englem, za: Majewski 2002, s. 64]. W badaniach Zofii Palak [2006] dowiedziono, że osoby niedowidzące posiadają podobny obraz siebie jak widzące i analogiczny poziom samoakceptacji.

Jednocześnie mamy niewiele doniesień weryfikujących epidemiologię zaburzeń łaknienia oraz problemów jedzeniowych w populacji osób niepełnosprawnych. W przypadku niepełnosprawności intelektualnej (ID) pojawiają się one dość często. Szacuje się [Gravestock 2000], że od 2 do 35% osób dorosłych w tej grupie jest otyłych, a od 5 do 43% ma niedowagę, jednak brak wnikliwszych danych w tym zakresie. Najczęściej wskazuje się na atypowe problemy jedzeniowe w populacji osób niepełnosprawnych intelektualnie, manifestujące się w postaci syndromu pica, ruminacji, selektywnego jedzenia, lęku przed jedzeniem, psychogennej utraty apetytu, wymiotów czy kompulsywnego objadania się [Brownell, Fairburn 1995].

Badania Kaley Roosen i współpracowników [2014] realizowane na próbie osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności fizycznej wykazały, że 13% osób było otyłych, 28% miało nadwagę, a 17% zbyt niską masę ciała. Ponadto okazało się, że prawie jedna czwarta badanej próby (23%) wykazywała symptomy jedzenia kompulsywnego, zaś 63% deklarowało, że chce „zrzucić” zbędne kilogramy.

Jednocześnie niewiele osób zdaje sobie sprawę, że zaburzenia odżywiania są dość częste u osób z niepełnosprawnością fizyczną. Szczególnie kobiety z tej grupy są narażone na ryzyko niekonstruktywnej psychologicznej adaptacji i niezdrowe praktyki kontroli masy ciała [Gross, Ireys, Kinsman 2000].

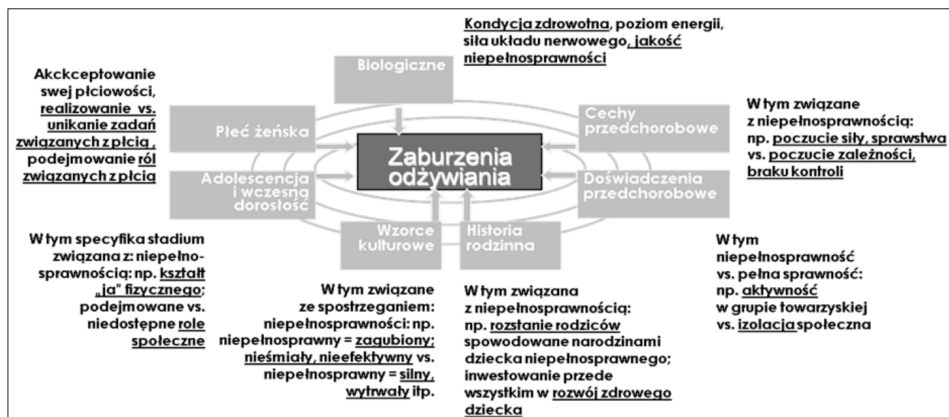
Zasadniczymi powodami, dla których może się tak zdarzyć, jest to, że ich ciało zazwyczaj wygląda i funkcjonuje inaczej niż u sprawnych osób. Osoby niepełnosprawne dostrzegają zatem, że nie odpowiadają standardom fizyczności wyznaczanym przez kulturę i oczekiwanym przez społeczeństwo. Tak więc zaburzenia odżywiania w ich przypadku mogą rozwijać się jako sposób kontroli własnego ciała i/ lub narzędzie karaniania go za to, że nie robi tego, co inni mogą zrobić z łatwo-

ścią [Gross, Ireys, Kinsman 2000]. Doświadczeniem osób niepełnosprawnych stanowiącym czynnik ryzyka dla rozwoju zaburzeń odżywiania jest także fakt, iż wiele z nich nie otrzymywało wzmocnień dotyczących ciała, jego sprawności czy atrakcyjności w okresie dzieciństwa i dorastania, co mogło prowokować wstyd i awersję wobec sfery *physis*. Także społeczne etykietowanie osób niepełnosprawnych fizycznie wywoływać może przekonanie, że ciało (nie sprawne w pełni) nie zasługuje na te same prawa i troskę, co ciało osoby zdrowej i atrakcyjnej. Poza wymienionymi czynnikami ryzyka rozwijania zaburzeń odżywiania u osób niepełnosprawnych wskazać można także przyjmowanie leków (np. wzmagających łaknienie), obiektywne ograniczenie aktywności czy też wstyd przed aktywnością fizyczną.

Badania pokazują ponadto [Gross, Ireys, Kinsman 2000], że w populacji osób niepełnosprawnych fizycznie występuje znaczny odsetek ofiar molestowania seksualnego. Jednocześnie wiemy już, iż związek między ekspresją zaburzeń odżywiania a urazem na tle seksualnym jest empirycznie udokumentowany [por. Izdebska 2009; Makara-Studzińska, Żoga, Grzywa 2006; Kent, Waller 2000]. Zdaniem Daniela Sorensena [2002] ludzie z niepełnosprawnością są od 4 do 10 razy bardziej narażeni na przemoc seksualną niż reszta społeczeństwa, przez cały okres ich życia, a osoby niepełnosprawne w wyniku wypadków są narażone na większe ryzyko napaści po urazie, jakiego doświadczyli. Jak się często okazuje (*ibidem*), sprawcy informują osobę niepełnosprawną, że to właśnie jej niepełnosprawność jest przyczyną napaści, co uruchamia u osób pokrzywdzonych nienawiść do siebie i pragnienie pozbycia się tego „defektu”. W tym sensie, twierdzi D. Sorensen [2002], niepełnosprawność stanowi główny czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania u tych osób.

Model determinant zaburzeń odżywiania w populacji osób z niepełnosprawnością fizyczną

Czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania u osób z niepełnosprawnością fizyczną można ująć w modelu, jaki odnosi się do osób w pełni sprawnych fizycznie, precyzując jedynie ich specyfikę w interesującej nas populacji (por. rys. 2.). Analiza schematu pozwala twierdzić, że niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z osobą w pełni sprawną czy też nie, płeć żeńska – jak już wspomniano – jest istotnym czynnikiem ryzyka dla rozwoju symptomów nieprawidłowego stosunku do jedzenia oraz ciała. Być może niepełnosprawność ograniczenie sprawności, zwłaszcza ta widoczne, naruszające wizerunek atrakcyjności kobiecego ciała, potęguje niebezpieczeństwo radzenia sobie w sytuacjach trudnych w sposób niekonstruktywny (np. poprzez nieprawidłowe praktyki żywieniowe), czyniąc tę grupę jeszcze bardziej podatną na zaburzenia odżywiania niż sprawne dziewczęta w podobnym wieku. Wątek ten wymagałby empirycznej weryfikacji.



Rysunek 2. Czynniki ryzyka zaburzeń łaknienia u osób niepełnosprawnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Ziółkowska, Mroczkowska 2016].

Kolejnymi, normatywnym – skąd inąd – czynnikiem ryzyka dla rozwinięcia zaburzeń odżywiania są zmiany okresu adolescencji; wśród nich dominują te, które – po pierwsze – wiążą się z przeobrażaniem ciała oraz – po drugie – związane są z procesem formowania tożsamości. W przypadku osób niepełnosprawnych ryzyko zaburzeń odżywiania wzmacnia fakt uszkodzenia lub deformacji ciała oraz „osadzenie” swej tożsamości w niepełnosprawności/ chorobie somatycznej, co blokować może prawidłowy rozwój, procesy adaptacyjne oraz rozwijanie proaktywnych strategii radzenia sobie.

Tożsamość rodziny, jej historia, kontynuacja wpływają na formowanie tożsamości kolejnych pokoleń. To wszystko co rozgrywa się wewnątrz systemu nie pozostaje bez wpływu na funkcjonowanie jego członków. W przypadku rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym, historię rodzinną modyfikuje pojawienie się chorego dziecka lub ujawnienie symptomów choroby po okresie prawidłowego rozwoju. Jedna i druga sytuacja wyzwała niewątpliwie rodzinny stres, z którym jej członkowie radzą sobie w rozmaity – konstruktywny i niekonstruktywny – sposób. W związku z tym czynnikiem ryzyka dla ujawniania zaburzeń odżywiania u dziecka niepełnosprawnego mogą być takie wydarzenia, jak np. odejście jednego z rodziców, faworyzowanie zdrowego dziecka, przesadna opieka nad dzieckiem niepełnosprawnym hamująca rozwój jego autonomii.

Podobnie rzecz przedstawia się z przedchorobowymi doświadczeniami i cechami dziecka. W zależności od jakości sprawowanej opieki, rodzice i rodzeństwo mogą wspierać w dziecku niepełnosprawnym poczucie siły, mocy, atrakcyjności fizycznej i społecznej, stwarzać kontekst do realizowania zadań i podejmowania ról społecznych wynikających ze stadium rozwoju, bądź przeciwnie – np. deprecjonować je. Określony kontekst rozwoju jest „poligonem”, na którym dzieci

mierzą się ze swoimi słabościami, rozpoznają i rozwijają zasoby. W wyniku tych konfrontacji kształtują i wzmacniają cechy osobowości oraz umiejętności społeczne. Niedostatek doświadczeń, brak wsparcia w sytuacjach trudnych vs. wyłączenie dzieci, nie daje im okazji do wglądu we własne zasoby skutkując w efekcie poczuciem zależności od innych i deficytem kontroli.

Konkludując, czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania, jak i zasoby przeciwdziałające rozwinięciu tych celowych dążeń do kontrolowania masy, wymiarów i wyglądu swego ciała, dotyczyć mogą osoby niepełnosprawnej fizycznie także w takim sensie, iż niepełnosprawność modyfikuje podmiotowe funkcjonowanie jednostki (*soma, psyche*) i jej relacje z otoczeniem (*polis*).

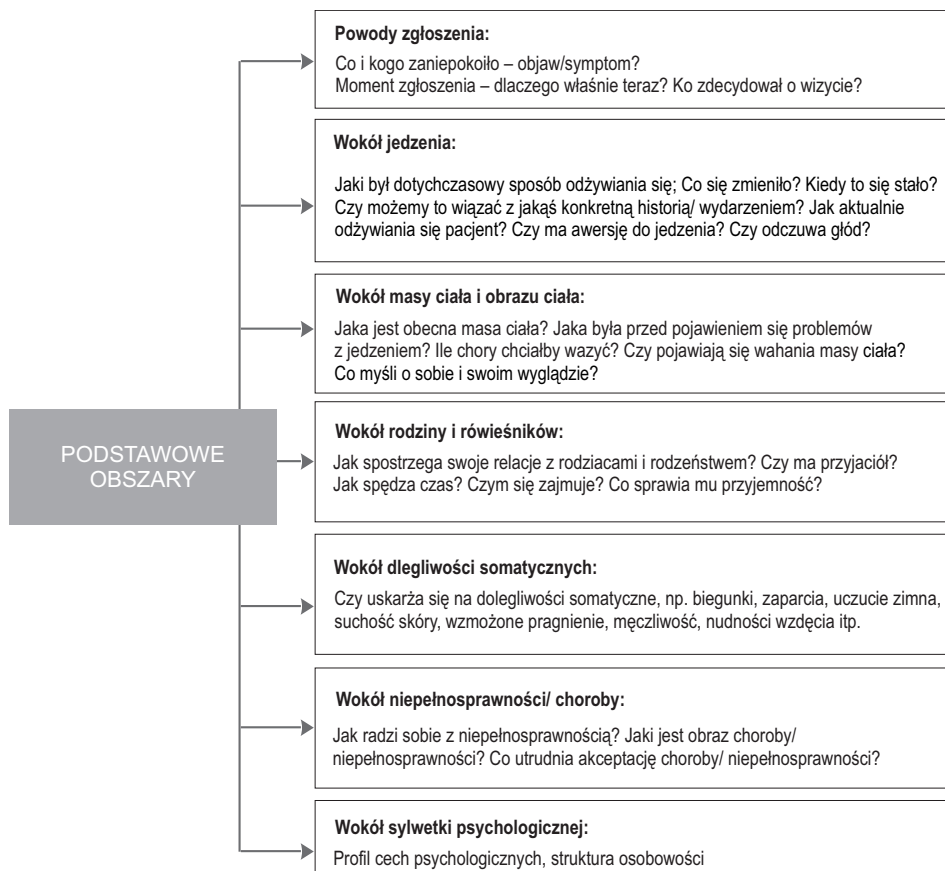
Pomoc i przeciwdziałanie

W przypadku osoby niepełnosprawnej, zaburzenia odżywiania i negatywny obraz ciała są wynikiem przyjmowania perspektywy innych osób [Sorensen 2002]; bo np. jest od nich zależna, muszę podporządkować się opiekunom), kosztem własnych odczuć i pragnień; częściej więc doświadcza poczucia, iż powinna odczuwać wdzięczność, submisyjność niż niezależność i niezgodę na to, jak funkcjonują wobec niej jej najbliżsi. W rezultacie owo autoagresywne zaburzenie może stać się formą ekspresji złości, samostanowienia, kontroli itp., tak z resztą, jak u wielu sprawnych fizycznie pacjentów cierpiących na zaburzenia odżywiania.

W przypadku osób z doświadczeniem przemocy seksualnej konfrontowanie się ze sprawami ciała wydaje się jeszcze bardziej obciążające niż u pozostałych osób ujawniających problematyczne zachowania jedzeniowe. Leczenie wymaga zatem głębokiej zmiany ustosunkowania do własnej choroby/ niepełnosprawności. Aby pomóc osobie niepełnosprawnej w radzeniu sobie z zaburzeniami odżywiania, jej bliscy powinni być szczególnie uwrażliwieni na specyficzne potrzeby i uczucia chorego [Sorensen 2002]. D. Sorensen postuluje, aby unikać negatywnych uwag dotyczących rozmiaru ciała, kształtu i niepełnosprawności, co nie oznacza, że w procesie terapii obszary te nie staną się w przyszłości przedmiotem pracy. Zdaniem autora rodzina i profesjonalści powinni najpierw koncentrować się na umożliwianiu i akceptowaniu wyrażania złości, wstydu i smutku przez osobę niepełnosprawną cierpiącą na zaburzenia odżywiania oraz indukować przekonanie, że jej uczucia i emocje są tak ważne i zasadne, jak każdego innego człowieka.

Praca z osobami ujawniającymi symptomy zaburzeń w sferze odżywiania powinna mieć charakter interdyscyplinarny. Na etapie diagnozy problemy te może jako pierwszy dostrzec lekarz rodzinny, pedagog czy psycholog szkolny,

rehabilitant, lekarz specjalista, który prowadzi pacjenta cierpiącego na przewlekłą dolegliwość somatyczną czy niepełnosprawność. W dalszej perspektywie współpraca terapeuty, lekarza, w tym często psychiatry i dietetyka wydaje się nieodzowna dla skutecznego radzenia sobie z problemem. Podstawowe obszary diagnozy ujęto na rysunku 3.



Rysunek 3. Podstawowe obszary diagnozy

Źródło: Opracowanie własne.

Nie należy też zapominać o zapobieganiu zaburzeniom odżywiania w populacji osób z niepełnosprawnością (por. tab. 2), tym bardziej, iż nadal w wielu przypadkach leczenie jest długotrwałe, a problem ma charakter nawracający, skrajnie – chroniczny. Ponadto szereg wtórnych symptomów zaburzeń odżywiania może być nieodwracalnych lub opornych na normowanie.

Współczesny model profilaktyki zdrowotnej oparty na promocji zdrowia służy wskazywaniu przyczyn nieprawidłowości i uzyskaniu czy wzmocnieniu

możliwości ich kontroli. Istotne jest jednak to, aby wszelkie działania realizowane w ramach działań prewencyjnych miały charakter systemowy, obejmowały swych zasięgiem nie tylko beneficjentów, ale także ich bliższe i dalsze otoczenie, także wpisane w działalność instytucji m.in. edukacyjnych i wychowawczych, z którymi na co dzień beneficjanci są związani.

Tabela 2. Wskazówki dotyczące działań profilaktycznych w obszarze zaburzeń odżywiania w populacji osób z niepełnosprawnością fizyczną

Poziom	Cel i obszary
Profilaktyka wczesna	Wspieranie wzorców życia, które zasadzają się na kontrolowaniu swego zdrowia, m.in. w oparciu o racjonalną dietę i rekreację stosowną do możliwości kondycyjnych i zdrowotnych jednostki.
Profilaktyka pierwszorzędowa	Edukacja odbiorców w zakresie procesów rozwojowych okresu adolescencji (dostarczenie informacji beneficjentom i odbiorcom na temat m.in. normatywnego przyrostu masy ciała, zachwiania samooceny, potrzeby autonomii), wyjaśnienie i udokumentowanie mechanizmów funkcjonowania reklamy wizualnej, trenowanie konstruktywnych strategii radzenia sobie z emocjami, umiejętności komunikacyjnych itp., identyfikowanie sposobu/poziomu adaptacji do niepełnosprawności i praca nad formowaniem konstruktywnego obrazu choroby, niepełnosprawności skutkującym przystosowaniem.
Profilaktyka drugorzędowa	Dostarczanie odbiorcom wiedzy na temat niedożywienia i przeżywienia, konsekwencji otyłości i niedowagi, zaburzeń odżywiania; uruchamianie motywacji do zweryfikowania stylu życia i wspieranie zmiany w realizowaniu tej decyzji; pomoc w przezwyciężaniu trudności podczas radzenia sobie z problemami, motywowanie najbliższego otoczenia beneficjentów do zmiany swego sposobu odżywiania, spędzania czasu wolnego i podejścia do zagadnień związanych ze zdrowiem oraz ciałem itp.; identyfikowanie stosunku beneficjentów do niepełnosprawności/ choroby i praca nad jej akceptacją.
Profilaktyka trzeciorzędowa	Powstrzymanie powikłań wynikających z otyłości, niedowagi, niedożywienia, przeżywienia beneficjentów; wspieranie w monitorowaniu stanu swego zdrowia i normowaniu nawyków żywieniowych oraz radzeniu sobie z codziennymi trudnościami; udzielenie pomocy beneficjentom w konstruowaniu pozytywnej, adekwatnej samooceny i wspieranie tego procesu; towarzyszenie beneficjentom w powrocie do zdrowia i codziennego funkcjonowania; podtrzymywanie adaptacji do niepełnosprawności.

Źródło: Opracowanie własne.

Podstawą konstruowania planu działań prewencyjnych jest diagnoza populacji i jej otoczenia. Z jednej strony ma ona charakter dość uniwersalny, jak chodzi o rozpoznanie potrzeb różnego rodzaju odbiorców, z drugiej – specyficzny, uwzględniający specjalne wymagania osób, do których jest adresowana. Stąd też działania orientacyjne realizowane zarówno wśród osób sprawnych, jak i niepełnosprawnych przebiegają czy przebiegać powinny wedle podobnych zasad, na bazie podobnych narzędzi diagnostycznych.

Jak wskazuje Karolina Appelt i współpracownicy [2010] projektowanie dla określonej grupy beneficjentów nie różni się istotnie od projektowania dla innej, z czego wynika, iż zwłaszcza na wczesnych poziomach działań profilaktycznych projekty profilaktyczne adresowane do konkretnego odbiorcy nie mają określonej specyfiki; a zatem czynności, procesy, mechanizm projektowania są niezależne od tego, na jakiej treści bądź problemie koncentruje się projektujący. Ważne jest tym samym, aby wszystkie osoby objęte programem profilaktycznym – niezależnie od ich poziomu sprawności fizycznej – wyposażać w niezbędną wiedzę oraz umiejętności pomocne w radzeniu sobie z trudnościami, inicjować działania leaderskie tak, aby zmiany miały trwały charakter i szansę kontynuacji.

Podsumowując, problematyka zaburzeń odżywiania w populacji osób z niepełnosprawnością fizyczną/ chorobą somatyczną wymaga z pewnością badań naukowych na temat sposobu odżywiania, stylu życia, spostrzegania ciała i atrakcyjności fizycznej, relacji społecznych, orientacji przyszłościowej itp. Istotne jest ponadto opracowanie wytycznych w zakresie BMI i norm kalorycznych dla osób z ograniczoną sprawnością fizyczną [Roosen 2014]. Przede wszystkim jednak warto objąć profilaktyką zaburzeń odżywiania beneficjentów z różnymi formami niepełnosprawności.

Bibliografia

- Abraham S., Llewellyn-Jones D. (1995), *Anoreksja, bulimia, otyłość*, PWN, Warszawa.
- Ahearn W.H., Castine T., Nault K., Green G. (2001), *An assessment of food acceptance in children with autism or pervasive developmental disorder-not otherwise specified*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 31(5), s. 505–511.
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington VA, American Psychiatric Publishing.
- Appelt K., Jabłoński S., Smykowski B., Wojciechowska J., Ziółkowska B. (2010), *Konstruowanie i ewaluacja projektów. Poprawa funkcjonowania osób z ograniczeniem sprawności i ich środowisk*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Bąk D. (2008), *Zaburzenia odżywiania się u mężczyzn*, *Psychiatria Polska*, t. XLII, 2, s. 167–178.
- Baum A. (2006), *Eating disorders in the male athlete*, „Sports Medicine”, 36(1), s. 1–6.
- Brownell K.D., Fairburn C.G. (1995), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, Guilford Press, New York.
- Cooper P.J. (1995), *Bulimia Nervosa and Binge Eating, A Guide to Recovery (revised)*, Robinson, London.
- Cytlak I. (2008), *Niepełnosprawność a tożsamość – o społecznym postrzeganiu osób niepełnosprawnych* [w:] *Edukacja a przemiany tożsamości społecznej*, E. Gawel-Luty, J. Kojkoł (red.), Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk.
- Fahy T., Eisler I. (1993), *Impulsivity and eating disorders*, „The British Journal of Psychiatry”, 162 (2), s. 193–197.

- Feldman M., Meyer I. (2007), *Eating disorders in diverse, lesbian, gay, and bisexual populations*, „International Journal of Eating Disorders”, 40-3, s. 218–226.
- First M. (2005), *Mutually Exclusive versus Co-Occurring Diagnostic Categories: The Challenge of Diagnostic Comorbidity*, „Psychopathology”, 38, s. 206–210.
- Głębocka A. (2007), *Niezadowolone z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Gorajewska D. (2009), *Fakty i mity o osobach z niepełnosprawnością*, APS, Warszawa.
- Gravestock S. (2000), *Eating disorders in adults with intellectual disability*, „Journal of Intellectual Disability Research”, 44, s. 625–637.
- Gross S.M., Ireys H.T., Kinsman S.L. (2000), *Young women with physical disabilities: risk factors for symptoms of eating disorders*, „Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics”, 21(2), s. 87–96.
- <http://irss.pl/wp-content/uploads/2014/01/Niepe%C5%82nosprawno%C5%9B%C4%87ru-chowa.pdf>.
- <http://www.bbc.com/news/blogs-ouch-32084448>.
- <http://www.eatingdisordersrecoverytoday.com/>.
- ICD-10 (2010), http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf.
- Izdebska A. (2009), *Konsekwencje przemocy seksualnej wobec dzieci*, „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 8(4), s. 37–55.
- Józefik B. (1999), *Anoreksja i bulimia psychiczna*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Kent A., Waller G. (2000), *Childhood emotional abuse and eating psychopathology*, „Clinical Psychology Review”, 20(7), s. 887–903.
- Kent A., Lacey H., McClusky S. E. (1992), *Pre-menarchal bulimia nervosa*, „Journal of Psychosomatic Research”, 36, s. 205–210.
- Kerwin M., Eicher P., Geslinger J. (2005), *Parental report of eatings problems and gastrointestinal symptoms in children with pervasive developmental disorders*, „Children’s Health Care”, 34(3), s. 221–234
- Kirenko J., Korczyński M. (2008), *Wobec niepełnosprawności*, Ośrodek Usług Edukacyjnych, Lublin.
- Kołobo H., Woynarowska B. (2004), *Samoocena masy ciała i odchudzanie się młodzieży w okresie dojrzewania*, „Przegląd Pediatryczny”, 34(3/4), s. 196–201.
- Koper M., Osińska M. (2014), *Doświadczenie własnego ciała przez kobiety z niepełnosprawnością fizyczną uczestniczące w Wyborach Miss Polski na wózku*, <http://jedyna-taka.pl/userfiles/Konferencja-Jedyna-Taka-2014.pdf>.
- Kowalczuk M. (2008), *Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolne*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Lwow F., Dunajska K., Milewicz A. (2007), *Występowanie czynników ryzyka jadłowstrętu psychicznego i bulimii u 18-letnich dziewcząt*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii”, 3(3), s. 33–38.
- Majewski T. (2002), *Czynniki wspomagające spostrzeżenie wzrokowe, Nasze dzieci. Sprawy niewidomych i słabowidzących dzieci*, PZN, lipiec–sierpień.
- Makara-Studzińska M., Żoga J., Grzywa A. (2006), *Zaburzenia odżywiania a doświadczenie wykorzystania seksualnego w dzieciństwie – przegląd badań*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 15(4), s. 297–300.

- Makino M., Tsuboi K., Dennerstein L. (2004), *Prevalence of Eating Disorders: A Comparison of Western and Non-Western Countries*, „MedGenMed”, 6(3), s. 49.
- Minges, L. (2014), *Eating Disorders and Physical Disability*, „Eating Disorders Recovery Today”, vol. 2, s. 5.
- Morgan H. G., Purgold J., Welbourne J. (1983), *Management and outcome in anorexia nervosa: A standardized prognostic study*, „British Journal of Psychiatry”, 143, s. 282–297.
- Mroczkowska D., Ziółkowska B., Cwojdzńska A. (2007), *Zaburzenia odżywiania. Poradnik dla rodziców i bliskich*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Muise A.M., Stein D.G., Arbess G. (2003), *Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature*, „Journal of Adolescent Health”, 33(6), s. 427–435.
- Niewiadomska I., Kulik A., Hajduk A. (2005), *Jedzenie*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin.
- Ogińska-Bulik N. (2004), *Psychologia nadmiernego jedzenia*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Palak Z. (2006), *Wstęp [w:] Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*, Z. Palak (red.), Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 9–11.
- Phillips E.L., Pratt H.D. (2005), *Eating disorders in college*, „Pediatric Clinics of North America”, 52 (1), s. 85–96.
- Podgórska-Bednarz J. (2015), *Czynniki ryzyka i występowanie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w wieku szkolnym w województwie podkarpackim*, <http://repo.zytorium.ur.edu.pl/handle/item/992>.
- Roosen K., Mills J. (2014), *Clinical implications of eating disorders in women with physical disabilities*, Ontario, Canada: National Eating Disorder Information Centre, <http://medic.ca/sites/default/files/files/WomenWithPhysicalDisabilitiesAndEatingDisorders.pdf>.
- Rzedzicka K.D. (2003), *Pytania o tożsamość osób z niepełnosprawnością w kształceniu integracyjnym*, „Ars Educandi”, t. 3.
- Schreck K.A., Williams K., Smith A.F. (2004), *A comparison of eating behaviors between children with and without autism*, „Journal of Autism and Developmental Disabilities”, 34, s. 433–438.
- Sękowska Z. (1998–2001), *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa.
- Siemion-Szcześniak I. (2007), *Gruźlica kości i stawów*, „Borgis – Postępy Nauk Medycznych”, 12, s. 560–562.
- Sorensen D. (2002), *The invisible victims* (an update of an article originally published in Prosecutor’s Brief: the California District Attorneys Associations Quarterly Journal).
- Streigel-Moore R.H., Franko D.L. (2003), *Epidemiology of binge eating disorder*, „International Journal of Eating Disorders”, 34, s. 19–29.
- Striegel R., Bedrosian R., Wang Ch. (2012), *Comparing work productivity in obesity and binge eating*, „International Journal of Eating Disorders”, 45, 8, s. 995–998.
- Taleporos G., McCabe M.P. (2005), *The relationship between the severity and duration of physical disability and body esteem*, „Psychology of Health”, 20, s. 637–650.
- Theander S. (1985), *Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study*, „Journal of Psychiatric Research”, 19, s. 493–508.

- Trambacz S., Gołaska P. (2013), *Cielesność a niepełnosprawność. Obraz ciała i atrakcyjność dorosłych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*, „Studia Edukacyjne”, 25, s. 209–219.
- Wojtyła A., Biliński P., Bojar I., Wojtyła C. (2011), *Zaburzenia odżywiania u polskich gimnazjalistów*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 92(2), s. 343–350.
- Wunderlich S.A., Connolly K.M., Stice E. (2004), *Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: assessment implications with adolescents*, „International Journal of Eating Disorders”, no. 36, s. 172–182.
- World Health Organisation (1980), *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, www.who.int/en.
- Ziółkowska B., Mroczkowska D. (2016), *Zaburzenia odżywiania i nieprawidłowe zachowania jedzeniowe* [w:] *Na krawędzi*, P. Prüfer (red.), Wydawnictwo Naukowe Akademii im. Jakuba z Paradyża, Gorzów Wielkopolski.
- Ziółkowska B. (2017a), *Zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów – rozważania w świetle wyników badań*, „Pediatria Polska”.
- Ziółkowska B. (2017b), *ARFID – realne zagrożenie? Epidemiologia, symptomatologia, uwarunkowania, pomoc*, „Roczniki Psychologiczne” (w druku).
- Żechowski C., Jakubczyk A. (2000), *Współwystępowanie zaburzeń psychicznych z jadłowstrętem i żarłocznością psychiczną* [w:] *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*, I. Namysłowska (red.), Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 107–114.