

Teresa Żółkowska, Karolina Żółkowska

Niepełnosprawność w krzywym zwierciadle społecznych koncepcji

Niepełnosprawność nr 1, 59-67

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Teresa Żółkowska
Karolina Żółkowska

Niepęnosprawność w krzywym zwierciadle społecznych koncepcji

Humanistyczne idee naszej cywilizacji, postęp naukowy i techniczny, transformacja społeczno-gospodarcza to niektóre z czynników, które wpłynęły na pojawienie się nowych wartości społecznych. Stały się one podstawą do ukształtowania nowej koncepcji osoby niepełnosprawnej. Współczesna koncepcja niepełnosprawności to koncepcja społeczna. Wymusza ona inne patrzenie na zjawisko i zapewnia inne usytuowanie społeczne osób z niepełnosprawnością (Kościelska, 1995). W społecznej koncepcji ciężar gatunkowy niepełnosprawności nie leży w fizycznych czy psychicznych ograniczeniach określonej osoby, ale raczej w ograniczeniach środowiska, które stwarza bariery dla funkcjonowania człowieka (Gałkowski 1997, Żółkowska 2004). W koncepcji tej nie uwzględniana się indywidualnych cech i właściwości człowieka, ale pojmuje się niepełnosprawność jako zjawisko społeczne (DePloy, Gilson, 2004; Hahn, Hegamin, 2001).

Ujmowanie niepełnosprawności z perspektywy społecznej to właściwy sposób analizy tego zjawiska i wskazany kierunek konstruowania systemu rehabilitacji. Jesteśmy jego gorącymi zwolenniczkami, ale dostrzegamy też, że często interpretacje w ramach perspektywy społecznej idą w niewłaściwym kierunku, co może doprowadzić do nieprawidłowości w ocenianiu zachowania osób niepełnosprawnych, braku zrozumienia przyczyn czy mechanizmów ich funkcjonowania. Postaramy się omówić swoje spostrzeżenia na przykładzie zaburzeń odżywiania.

Z analizy literatury psychologicznej czy pedagogicznej (Abraham, Llewellyn-Jones, 1995, 2001; Apfeldorfer, 1999; Czernikiewicz, 2000; Jablow, 2000; Józefik, 1996; Sołtysiak, Sudar-Malukiewicz, 2003; Witkowska-Ulatowska, 2001) na temat zaburzeń odżywiania wynika, że za przyczyny tych zaburzeń najczęściej uznawane są czynniki społeczne, leżące po stronie rodziny, grupy rówieśniczej czy wymagań współczesnej kultury (Sobolewska, Żeromska-Bogacz, 2009; Józefik, 1996, 1999). Literatura medyczna natomiast wyraźnie wskazuje na biologiczne w większości genetyczne czynniki ryzyka dla zaburzeń jedzenia (Gosline, 2007;

Batterham, Ffytche, Rosenthal i in., 2007; „Rzeczypospolita” 2002; Iimerson, Lessem, Kaye, Brewerton, 1992). Wskazywane są przyczyny, takie jak: dysfunkcje ośrodków mózgowych regulujących określone procesy metaboliczne (np. związanych z odczuwaniem głodu); brak równowagi pewnych neuroprzekaźników – szczególnie serotoniny; podwyższony poziom kortyzolu, zaburzenia funkcjonowania mózgowego mechanizmu nagrody, związanego z dopaminą; zmiany w mózgu spowodowane komplikacjami w okresie płodowym, a w szczególności nieprawidłowości u matki, osoby chorej na anoreksję, w czasie ciąży (cukrzyca ciążowa, podwyższone ciśnienie tętnicze, przedwczesne starzenie się łożyska, anemia) – (www.anoreksja 2009).

Genetyczne podłoże zaburzeń odżywiania zostało potwierdzone między innymi w badaniach J. Hirschhorna (2008) czy pracy G. Thorleifssona (2007). W innych badaniach stwierdzono, że prawdopodobieństwo wystąpienia anoreksji zwiększa się ośmiokrotnie, gdy wśród krewnych danej osoby jest inna/inny anorektyczka/anorektyk. Badania wykazują także, że bliźnięta chorujące na zaburzenia odżywiania mają tendencję do zapadania na ten sam typ zaburzeń. Badania ujawniły również, że wiele cech anorektyków jeszcze niedawno wiązanych z osobowością czy uznawanych za nabyte przez wychowanie w określonych warunkach okazuje się mieć podłoże genetyczne (www.anoreksja 2009).

Duże osiągnięcia w ustaleniu przyczyn zaburzeń odżywiania mają też badania polskich naukowców, które wskazują na znaczenie enzymu zwanego katecholo-O-metylotransferazą (COMT) ze względu na jego udział w kontroli i regulacji przemian zachodzących w mózgu (Pawłowska, 2006). Jak twierdzi K. Pawłowska COMT to enzym powszechnie występujący w ludzkim organizmie. Uczestniczy on w przemianach ważnych neuroprzekaźników – dopaminy i noradrenaliny, które mają decydujący wpływ na powstawanie zaburzeń odżywiania. Ważną rolę dopaminy jest m.in. kontrolowanie łaknienia (Epstein, Temple, Neaderhiser, Salis, Erbe, Leddy, 2007). Jest ona istotnym czynnikiem regulującym masę ciała i zachowania związane z przyjmowaniem pokarmu (Money, 2009; Matsumoto, Hikosaka, 2009). Zdaniem K. Pawłowskiej sprawne działanie mechanizmów wydzielania dopaminy zapewnia, że ludzie jedzą, kiedy są głodni i przestają jeść po nasyceniu. Zaburzenie mechanizmu wydzielania dopaminy, powodujące jej nadmiar w wybranych okolicach mózgu, prowadzi to tego, że ludzie nie czują przyjemności z jedzenia, nie czują nasycenia, ignorują sygnały z zewnątrz dotyczące wyglądu, nie widzą prawidłowo swojej sylwetki w lustrze. Dochodzi u nich do rozwoju anoreksji (Pawłowska, 2006). Nadmiar neuroprzekaźnika powoduje też nieustanny paraliżujący lęk, którego skutkiem może być jadłowstręt (Biler, Kaye, 2004). Zdaniem E. Mikołajczyk poza wymienionymi, polimorfizm genu COMT ma także wpływ na wiele innych funkcji poznawczych (postrzeganie, myślenie, uwaga i pamięć) może też prowadzić do powstania innych uzależnień np. zaburzeń seksualnych lub nadmiernej agresji (Pawłowska, 2006).

Literatura medyczna wskazuje też na biologiczne uwarunkowania bulimii. Są badania, dostarczające dowodów na udział czynników genetycznych w rozwoju tej choroby (Bartnik, 2009; www.bulimia.mam-efke.pl 2009; Kaye Biler, Frank i in., 2008). Za przyczyny bulimii uznaje się m.in.: a) przewlekle podniesiony poziom hormonów stresu (hormony z grupy glikokortykoidów odpowiedzialne m.in. za regulację gospodarki węglowodanowej); b) zaburzenia funkcji neuroprzebieżników: serotoniny (samopoczucie, lęk, apetyt), norepinefryny (stres) i dopaminy (mechanizm nagrody); c) zaburzenia poziomu greliny, hormonu odpowiedzialnego m.in. za odczuwanie głodu i szybkość metabolizmu (www.bulimia.mam-efke.pl 2009).

Według najnowszych doniesień u bulimiczek w niektórych rejonach mózgu występuje zmiana stężenia serotoniny (Bailer, Frank, Priced i in., 2008). Chore mają kilkakrotnie większe stężenie i użycie tego neuroprzebieżnika (Koskela, 2008; www.forum.darzycia.pl 2009). Serotonina jest neuroprzebieżnikiem, odpowiedzialnym za regulację apetytu, nastroju i kontrolę impulsów. Istnienie dysregulacji systemu serotoninowego u bulimiczek, przyczynia się do skrajnych zachowań w zakresie kontroli impulsów zarówno głodzenia się, jak i kompulsywnego objadania (Kaye, Frank, Bailer i in., 2005). Wysokie stężenie serotoniny pełni ważną rolę w regulowaniu naszych emocji, ogranicza poprawne rozpoznanie i interpretowanie uczuć innych oraz naszych własnych, powoduje nieustanny paniczny lek wywołujący reakcję w postaci nieustannej, obsesyjnej kontroli otoczenia, np. w postaci kontroli własnej wagi ciała (Kaye Biler, Frank i in., 2008).

Z badań Kaye (www.forum.darzycia.pl 2009; Sobolewska, Żeromska-Bogacz, 2009) wynika, że niepokój, zmiany emocjonalne, np. zamknięcie się w sobie i trudności w wyrażaniu uczuć (Kaye, Frank, Bailer, Henry i in., 2005), wynikające z nieprawidłowości w układzie serotoninowym, występują już w dzieciństwie osób, u których następnie rozwinęła się bulimia (Kaye, Frank, Bailer, Henry i in., 2005).

Poza wymienionymi lekarze wykorzystują też inne argumenty przeciwko uznaniu, że czynniki kulturowe są decydujące w powstawaniu zaburzeń jedzenia. Zdaniem M. Wolskiej, lansowany model szczupłej sylwetki nie jest decydującym czynnikiem w wystąpieniu zaburzeń jedzenia, bowiem gdy traktujemy anoreksję jako bezkrytyczne, perfekcyjne hołdowanie modzie, to należy zwrócić uwagę na fakt, że najważniejsze dla współczesnego człowieka jest życie i zdrowie. Dlatego też większość osób odchudzających się i dbających o swój wygląd nie dopuszcza do wychudzenia i wyniszczenia swego organizmu. Zdaniem autorki, nie można pominąć kulturowego podłoża jadłowstrętu psychicznego, ale jest ono ważne tylko wtedy, gdy występuje w połączeniu z innymi czynnikami (Szurowska, 2009).

Jak wynika z prezentowanych treści wiedza na temat biologicznych uwarunkowań zaburzeń odżywiania jest bogata i powszechnie dostępna. Badania w tym obszarze prowadzone są już od wielu lat. Okres, kiedy przyjmowano, że są to za-

burzenia psychiczne, głównie ze względu na ograniczenia metod badawczych, już dawno się zakończył. Jak podkreśla A. Grzywacz, dziedziny takie jak: genetyka czy biochemia ludzkiego mózgu rozwijają się bardzo intensywnie i mają niepodważalne osiągnięcia w zakresie wczesnego wykrywania chorób lub genetycznych predyspozycji, co pozwala na wczesną diagnostykę i zapobieganie chorobie przed wystąpieniem jej objawów, jeszcze zanim dojdzie do zagrożenia zdrowia i życia (Pawłowska, 2006).

W kontekście prezentowanej wyżej wiedzy niepokój budzi fakt, że w pedagogicznej i psychologicznej literaturze przedmiotu spotka się takie wypowiedzi jak „początkowo zaburzenia jedzenia postrzegane były tylko w aspekcie medycznym, a problematyką tą zajmowali się głównie psychiatrzy i endokrynolodzy. Dzisiaj specjaliści są zgodni, że najlepsze efekty w leczeniu osób cierpiących na anoreksję przynosi psychoterapia, szeroko rozumiane poradnictwo rodzinne i prawidłowe oddziaływania wychowawcze” (Szurowska, 2009). Podobne treści znajdujemy na portalach internetowych dla osób chorych, rodziców, wychowawców czy młodzieży. Dla przykładu: „Na bulimie zapadają osoby, które lubią jeść, ludzie po dwudziestce, a także w średnim wieku. Przyjemność obfitego jedzenia ceniona jest w bulimii wyżej niż argumenty zdrowotne czy estetyczne, niż dezaprobaty otoczenia. W bulimii upatrujemy zwykle zaburzenia osobowości lub charakteru. Jest to reakcja na określone sytuacje emocjonalne, odpowiedź na przykre przeżycia i frustracje, życiowe niepowodzenia. Jedzenie kompensuje stany lękowe” (www.poradnia.pl 2009, www.p.program 2009). Z tekstów naukowych, jak i popularnych możemy też dowiedzieć się, że główną przyczyną zaburzeń odżywiania jest rodzina, a szczególnie matka. Ks. Marek Drzewiecki pisze:

Matki córek dotkniętych anoreksją są zwykle kobietami, które odnoszą sukcesy w pracy zawodowej i środowisku społecznym, a jednocześnie mają tendencję do perfekcjonizmu. Często okazują się jednak wewnątrznie sfrustrowane i dążą do doskonałego wypełniania również roli matki.

W innym miejscu autor podaje:

Anoreksja (...) pojawia się między piątym a ósmym miesiącem po narodzeniu dziecka. Wiąże się to zwykle z zakończeniem karmienia piersią i ze zmianą sposobu odżywiania. Anoreksja u niemowląt może przejawiać się w formie zupełnej pasywności wobec pokarmu albo w formie aktywnego odrzucenia pokarmu, aż do agresji i wymiotów włącznie. Dochodzi wtedy do walki między rodzicami a dzieckiem. Efektem jest tyranizowanie dziecka ze strony rodziców lub poddanie się dorosłych naciskom i szantażom ze strony dziecka. W obu przypadkach zostaje poważnie zaburzona więź dziecka z rodzicami. Trzeba jednak pamiętać, że więź ta musiała być już wcześniej w jakimś aspekcie problematyczna i dlatego spowodowała zaburzenia w przyjmowaniu pokarmu (Drzewiecki, 2009).

Podobną wymowę mają też inne teksty:

Psychoanalicyt tłumaczy jadłowstręt ukrytą wrogością do matki. Inni autorzy zwracają uwagę na urazy wczesnodziecięce, błędy wychowawcze, patologiczną strukturę rodziny, odrzucanie własnej płci, niechęć do dorosłości, a zwłaszcza do dojrzewania płciowego (www.esciagi.info 2009).

Podobne stwierdzenia znajdujemy też w publikacjach opartych na wynikach badań naukowych, np. z zakresu pedagogiki. B. Szurowska na podstawie badań przeprowadzonych przy zastosowaniu strategii jakościowej (na wybranej grupie osób chorych i ich rodzin) generalizuje wyniki i stwierdza:

(...) wstępna analiza wyników badań pozwala sądzić, że czynniki rodzinne odgrywają ważną rolę zarówno w powstawaniu objawów, jak i leczeniu choroby. Problem anoreksji jest bardzo poważny (w wielu przypadkach choroba kończy się śmiercią) i nie można go lekceważyć. Zaburzenia jedzenia mają głębokie podłoże psychologiczne i wymagają leczenia przez specjalistów. Niestety w wielu przypadkach to właśnie rodzice nie chcą przyznać, że ich dziecko cierpi na anoreksję. Uparcie szukają innych (typowo fizjologicznych i racjonalnych) przyczyn. To bardzo utrudnia leczenie, ponieważ nasila tylko u chorej osoby wstyd, poczucie winy, nienawiść do siebie, strach przed życiem i bezsilność wobec choroby. Z moich badań i licznych doświadczeń wynika, że rodziny osób cierpiących na zaburzenia jedzenia z trudem decydują się na terapię rodzinną, boją się obwiniania za chorobę dziecka, silnie strzegą rodzinnych tajemnic i bronią sztywnych granic. Jeżeli osoba chora jest już pełnoletnia i po zakończonej terapii decyduje się zamieszkać oddzielnie, to ma duże szanse na powrót do normalnego życia. Osoby niepełnoletnie (lub z różnych powodów mniej zdecydowane na przeprowadzkę) wracają do domu, gdzie nadal znajduje się źródło problemów z jedzeniem, co oczywiście szybko przywołuje lęki i sprzyja nawrotowi objawów choroby (diety, wymioty, objadanie się stosowanie środków przeczyszczających lub intensywnych ćwiczeń fizycznych) – (Szurowska, 2009).

W literaturze naukowej spotyka się też takie interpretacje, w których to, co jest objawem chorobowym traktuje się jako jej przyczynę. Przykładem może być następujący opis przyczyn anoreksji: a) zaburzone postrzeganie obrazu własnego ciała - chorzy nie zdają sobie sprawy z tego, jak bardzo są wyniszczeni, nie widzą swojej chudości; b) niezadowolenie z figury – prowadzi do obsesyjnego myślenia o jedzeniu i strachu przed przybraniem na wadze, co powoduje stosowanie diet odchudzających zwiększających ryzyko zaburzeń jedzenia; c) przekonanie, że

¹ Beata Szurowska (2009), Wychowanie w rodzinie a przyczyny anoreksji, <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=180>. Doktor nauk humanistycznych w Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie obroniła rozprawę doktorską pt. *Wychowanie w rodzinie a anoreksja*. Przeprowadziła badania naukowe, mieszkając w 30 rodzinach osób cierpiących na anoreksję. Jako pedagog interesuje się przede wszystkim profilaktyką oraz wspieraniem rodzin w przyjęciu dziecka powracającego do zdrowia. Jest autorką licznych publikacji naukowych z zakresu patologii rodzinnej i zagrożeń związanych z zaburzeniami odżywiania się ([http://www.psychologia.net.pl /auto-ryz.php?level=8](http://www.psychologia.net.pl/auto-ryz.php?level=8)).

szczupła sylwetka jest pomocą w życiu - wiele nastolatków jest przekonanych, że ładna figura pomoże im zdobyć dobrą pracę, znaleźć chłopaka, zapewni sympatię rówieśników oraz pozycję w rodzinie; d) negatywny stosunek do dojrzewania – dziewczęta cierpiące na anoreksję unikają kontaktu z innymi osobami, zwłaszcza z chłopcami. Zaprzeczają własnej seksualności. Często towarzyszy temu poczucie niepewności własnej atrakcyjności; e) lęk przed dorosłością – część kobiet cierpiących z powodu anoreksji boi się dojrzałości fizycznej i psychicznej. W wyniku unikania jedzenia sylwetka pozostaje podobna do dziecka przed okresem pokwitania, miesiączka nie pojawia się lub zanika; f) Niska samoocena i brak wiary w siebie – osoby chore są solidne, koncentrują się na nauce, cechuje je duża potrzeba sukcesu, ale także niepewność, lęk przed niepowodzeniami, nadmierny krytycyzm wobec siebie (Sobolewska, Żeromska-Bogacz 2009).

Z prezentowanej wyżej, pobieżnej analizy problemu wynikają niepokojące wnioski. Interpretacja zaburzeń odżywiania w kontekście społecznym jest niewłaściwa, krzywdząca chorych, ich rodziny i utrudniająca podejmowanie odpowiednich działań terapeutycznych. Z wypowiedzi chorych wynika, że czują się niezrozumiani, w wielu przypadkach przez wiele lat poddawani są leczeniu, terapiom najczęściej nieprzynoszącym właściwych skutków. Traktowani są jako osoby, które nie chcą sobie poradzić z problemem, utrudniają leczenie i terapię (www.wizaz.pl/forum 2009; www.zaburzenia.pl 2009; www.mam efke.pl/ 2009; www.forum/viewthread. 2009; www.glodne.pl 2009). Istotnym czynnikiem jest też poczucie bycia osobą z zaburzeniami psychicznymi i bycia pacjentem szpitali psychiatrycznych. W chwili obecnej w Polsce leczenie najczęściej odbywa się w szpitalach psychiatrycznych, na oddziałach niedostosowanych do terapii zaburzeń odżywiania. Chorzy przebywają na oddziałach ogólnych, wspólnych dla wszystkich chorych doświadczających różnych (często ostrych) stanów zaburzeń psychicznych. E. Śledziona pisze o tym tak:

(...) aktualnie bulimiczki powyższej 18 roku życia są kierowane do szpitali dla dorosłych. Oprócz terapii z psychologiem, stosowania środków farmakologicznych (może się zdarzyć, iż testowane są na nich nowe leki, gdyż ordynator jest zafascynowany działaniem środków psychotropowych i antydepresyjnych lub po prostu jest to mu potrzebne do badań), mają zajęcia z wizualizacji ciała, przechodzą liczne testy psychologiczne. Terapia może pomóc uspokoić chorobę, ale ze szpitala wraca się z okropnymi wspomnieniami. Znerwicowane kobiety, osoby po próbach samobójczych, czasem wielokrotnych, osoby bite, maltretowane, agresywne przywiązane do szpitalnego łóżka skórzanymi pasami i klnące pielęgniarki to współmieszkanek takich szpitali (Śledziona, 2009).

Poza szpitalem osoba z zaburzeniami odżywiania może skorzystać z leczenia ambulatoryjnego często prowadzonego przez niedoświadczonych i nieprzygotowanych do tego typu terapii lekarzy. Może też skorzystać z bardzo drogiego

leczenia prywatnego. Jedna wizyta u terapeuty to koszt ok. 100 zł. Zakładając, że osoba chora powinna skorzystać przynajmniej z jednego spotkania z lekarzem (terapeutą) w tygodniu przez kilka lat, to można przewidzieć, że jest to leczenie przekraczające możliwości przeciętnej polskiej rodziny.

Interpretacje zaburzeń w kontekście społecznym utrudniają też zrozumienie choroby rodzinom. Rodzice, najczęściej traktowani jako główni sprawcy zaburzeń dziecka, poszukują możliwych sposobów pomocy dziecku. Szukają przyczyn w sobie, w relacjach rodzinnych. Mówią o bezradności, kiedy mimo wielu lat leczenia, terapii ich dzieci pozostają chore, a nawet choroba nasila się. Ich chore dzieci czy oni sami traktowani są jak czynniki utrudniające skuteczność podejmowanych przez specjalistów działań.

Jak wynika z prezentowanych treści istnieje duża rozbieżność pomiędzy interpretacjami z perspektywy koncepcji społecznych a uwarunkowaną biologicznie rzeczywistością funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania. Koniczne wydaje się więc kolejne przypomnienie, że niepełnosprawność to złożone i wieloaspektowe zjawisko. Uwarunkowane wieloma różnymi czynnikami, dynamiczne i niejednorodne, wymagające zróżnicowanego i wieloaspektowego wsparcia. O czym powinni pamiętać i teoretycy i propagatorzy wiedzy oraz osoby bezpośrednio pracujące z ludźmi niepełnosprawnymi i ich rodzinami.

Bibliografia

- Abraham S., Llewellyn-Jones D. (2001), *Bulimia i anoreksja – zaburzenia odżywiania*, Warszawa
- Abraham S., Llewellyn-Jones D. (1995), *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Warszawa
- Anoreksja uwarunkowana genetycznie* (2002), „Rzeczpospolita” nr 66, 18 marca, s. A13
- Apfeldorfer G. (1999), *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Katowice
- Bailer U., Frankb G.K., Priced J.C., Meltzere C.C., Mathisd C.A., Wagnerc A, Putnamf K., Kayeg W.H. (2008), *Possible Relationship of Serotonin Transporter to Dopamine D2/D3 Receptor Binding After Recovery From Eating Disorders*, *Neuroimage*, vol. 41, supp. 2
- Bartnik B. (2009), *Anoreksja, bulimia i ortoreksja – choroby o podłożu psychicznym*, barbara.bartnik@wp.pl 04.2009
- Batterham R.L., Ffytche H.D., Rosenthal J.M., Zelaya O.F., Barker G.J., Withers D.J., Williams S.C.R. (2007), *PYY modulation of cortical and hypothalamic brain areas predicts feeding behaviour in humans*, „Nature” 450, (1 Nov.)
- Biler U, Kaye W.H. (2004), *Neuroendocrine and Neuropeptide Dysregulation in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder*, *Clinical handbook of eating disorders*, E. Timothy D. Brewerton, New York
- Czernikiewicz A. (2000), *Anoreksja i bulimia. Pytania i próby odpowiedzi. Poradnik dla pacjentek i ich rodzin*, Lublin
- DePloy E., Gilson S.F. (2004), *Rethinking disability: Principles for professional and social change*, Belmont, CA: Thompson Brooks/Cole
- Hahn H., Hegamin A.P. (2001), *Assessing scientific meaning of disability*, „Journal of Disability Policy Studies” nr 12

- Ks. Drzewiecki M. (2009), *Anoreksja: przyczyny i konsekwencje*, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/IP/anoreksja_pk.html. 04.2009.
- Epstein L.H., Temple J.L., Neaderhiser B.J., Salis R.J., Erbe R.W., Leddy J.J. (2007), *Food reinforcement, the dopamine D-sub-2 receptor genotype, and energy intake in obese and nonobese humans*, „Behav Neurosci” 121
- Galkowski T. (1997), *Nowe podejście do niepełnosprawności. Uporządkowanie terminologiczne*, „Audiofonologia” nr 10
- Gosline A. (2007), *Brain 'hunger pathways' pinpointed*, „The Neurocritic”, Oct. 19
- Hirschhorn J. i inni (2008), *Six new loci associated with body mass index highlight a neuronal influence on body weight regulation*, „Nature Genetics” 41, (www.nature.com/ng/journal/v41/n1/abs/ng.287.html), 04.2009; http://bulimia.mam-efke.pl/index.php?go=przyczyny_bulimii, 04.2009
- Jimerson D.C., Lesem M.D., Kaye W.H., Brewerton T.D. (1992), *Low serotonin and dopamine metabolite concentrations in cerebrospinal fluid from bulimic patients with frequent binge episodes*, „Arch Gen Psychiatry” 49
- Jablow M. (2000), *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Gdańsk
- Józefik red. (1999), *Anoreksja i bulimia psychiczna*, Kraków
- Józefik B. red. (1996), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, Kraków
- Kaye H., Frank G.K., Bailer U.F., Henry S.E., Meltzer C.C., Price J.C., Mathis Ch.A., Wagner A., (2005), *Serotonin alterations in anorexia and bulimia nervosa: new insights from imaging studies*, „Physiology & Behavior” 06, 85(1)
- Kaye W., Bailer U., Frank G., Henry S., Price J., Meltzer C., Becker C., Ziolk S., Mathis CH., Wagner A., Barbarich-Marsteller N., Putnam K. (2008), *Serotonin Transporter Binding After Recovery From Eating Disorders*, „Psychopharmacology”, vol. 197, No 3
- Koskela A. (2008), *The Brain Serotonin Transporter Binding in Young Adults; Methodological Considerations and Association with Bulimia Nervosa and Acquired Obesity*, Helsinki University Print, Helsinki
- Kościńska M. (1995), *Oblicza upośledzenia*, Warszawa
- Matsumoto and Hikosaka (2009), *Two types of dopamine neuron distinctly convey positive and negative motivational signals*, Nature, www.nature.com.04.2009
- Monkey E. (2009), *Dopamine Neurons: Reward, Aversion, or Both?*, „Neurotomia” v2.0, May 27, www.p.program (2009) Cykl lekcji wychowawczych w Gimnazjum nt. „Wiedza zmniejsza lęk (www.p.program.fm.interia.pl/scenar/gim.doc), 04.2009
- Pawłowska K. (2006), *Polacy u źródeł anoreksji*, www.naukapolska.pap.pl, 04.2009
- Sobolewska M., Żeromska-Bogacz B. (2009), <http://www.esciagi.info/anoreksja-bulimia-zachwiania-laknienia>, 04. 2009
- Sołtysiak T, Sudar-Malukiewicz J. red (2003), *Zjawiskowe formy patologii społecznych oraz profilaktyka i resocjalizacja młodzieży*, Bydgoszcz
- Szurowska B. (2009), *Wychowanie w rodzinie, a przyczyny anoreksji*, <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=180>, 04.2009
- Śledziona E. (2009), *Kiedy jedzenie rządzi twoim życiem*, 04.2009
- Thorleifsson G. i inni (2007), *The association of a SNP upstream of INSIG2 with Body Mass Index is reproduced in several but not all cohorts*, <http://en.scientificcommons.org/28021971>, 04.2009
- Witkowska-Ulatowska H. (2001), *Jedzenie – wróg mojej córki*, „Uroda” nr 9

- Żółkowska T. (2004), *Wyrównywanie szans społecznych osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Szczecin
- www.anoreksja.mam-efke.pl/index.php?go=biologia, 04.2009
- www.esciagi.info/anoreksja-bulimia-zachwiania-laknienia-informacje-luzne-do-referatu, 04.2009
- www.forum.darzycia.pl/vt5740.htm?sid=09ef7195ca2b679298745b, 04.2009
- www.glodne.pl/forum/1-vt476.html?start=0, 04.2009
- www.mam-efke.pl/forum/viewthread.php?thread_id=78, 04.2009
- www.poradnia.pl (2009) /specjalisci/wywiady/406-zaburzenia-odzywiania-anoreksja-i-bulimia?format, Rozmowa z psychiatrą, dr med. Piotrem Radziwiłłowiczem z Akademii Medycznej w Gdańsku, 04.2009.
- www.wizaz.pl/forum/showthread.php?t=339478, 04.2009
- www.zaburzenia.pl/index.php/Anoreksja/Zaburzenia-odzywiania-inne-spojrzenie-na-problem, 04.2009

Disability in the blurring mirror of social concepts

This paper identifies assumptions made when investigating disability in terms of social context. An example of this is the issue of eating disorders. The paper examines the oppressive character of social interpretation, which may in turn cause further harm for people, their families (especially parents who are often doubly affected) suffering from the disorder. Oppressive social judgments may also be identified with other disorders and disabilities. What should be considered is the likely causation by, for example, dynamic, heterogenic and unequally individualized factors, and the need for the development of a scheme for multidimensional support.