

PROBLEM ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

Wanda Komorowska-Szczepańska¹, Anna Plata¹, Marzena Podgórska²

¹ Katedra Handlu i Usług, Akademia Morska w Gdyni

² Wydział Fizjoterapii i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Zarządzania w Gdańsku

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, anoreksja, bulimia, bigoreksja, ortoreksja

Streszczenie: Wraz z postępowaniem technologii i rozwojem nauki żywność staje się coraz „lepszą”, a reklama zachęca do jej kupowania i spożywania. Niestety staje się to bardzo niebezpieczne dla konsumentów i ich masy ciała, tym bardziej, że coraz częściej tryb życia jest mało aktywny. Można wyróżnić grupę osób niedbających o swój stan zdrowia i nieprowadzących zdrowego stylu życia oraz grupę osób postępującą przeciwnie. Nadmierna dbałość o sylwetkę oraz zdrowie również może doprowadzić do zagrożenia i zaburzenia prawidłowego funkcjonowania organizmu, a nawet zgonu. Znajomość symptomów i zaburzeń odżywiania pozwoli na szybkie rozpoznanie i zastosowanie prawidłowego leczenia.

Wstęp

XXI wiek to era nowych możliwości technologicznych w produkcji żywności, nowych metod ulepszania produktów przeznaczonych do spożycia czy wprowadzania żywności modyfikowanej. To wszystko ma na celu wyprodukowanie żywności jak najzdrowszej dla ludzkiego organizmu, ale także umożliwienie przygotowania szybkiego posiłku. W tym procesie bierze udział człowiek, który chce sprostać wymaganiom swojej epoki, pracuje coraz więcej i ma coraz mniej czasu na przygotowanie zdrowego posiłku. Może to powodować trudne do przewidzenia konsekwencje zdrowotne. Z drugiej strony znajduje się grupa, która chce poprawić swój wygląd oraz kondycję poprzez prawidłowe odżywianie, a zainteresowania te rozwijane są kosztem pracy i rodziny [1]. Obecnie coraz częściej obserwuje się różne zaburzenia odżywiania i według Lyna problem ten dotyczy około 10 milionów kobiet i miliona mężczyzn [2].

Etjopatogeneza

W literaturze podkreśla się rolę wielu czynników wpływających na powstanie zaburzeń odżywiania oraz ich wzajemnego oddziaływania na siebie. Najczęściej wymienia się

czynniki biologiczne, psychologiczne, behawioralne czy społeczno-kulturowe [1]. Między innymi od wieku, w którym pojawiają się pierwsze objawy zaburzeń odżywiania zależy, jakie czynniki mają największy wpływ na ich wystąpienie. Wśród najmłodszej grupy społeczeństwa na pierwszym miejscu podkreśla się rolę środowiska i rodziny, a u dorosłych czynniki społeczno-kulturowe. Ostatnie badania wskazują, że niektóre zaburzenia odżywiania coraz częściej występują u dzieci, co może mieć związek z coraz wcześniejszym pojawianiem się pierwszych oznak pokwitania. Według doniesień grupy badawczej BELLA u 23% nastolatków w wieku 14-17 lat odnotowano nieprawidłowe zachowania w zakresie odżywiania [3, 4]. Wśród przyczyn wpływających na powstawanie zaburzeń odżywiania u młodzieży wymienia się między innymi: zmiany hormonalne czy objętość tkanki tłuszczowej u dziewcząt, wpływ grup rówieśniczych i wartości jakie panują w grupie np. bycie szczupłym jako ideał oraz oczekiwania społeczne [3, 5].

U osób w wieku podeszłym zaburzenia odżywiania mogą być następstwem chorób takich jak: choroba refluksowa przełyku, zakażenia *Helicobacter pylori*, przewlekłe zapalenie żołądka, parazytoza, nowotwory, dyspepsja czy uszkodzenia śluzówki po niesterydowych lekach przeciwzapalnych [6].

Klasyfikacja i objawy

Brakuje jednej klasyfikacji zaburzeń odżywiania (*eating disorders*). W klasyfikacji DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Diseases) znajduje się jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*, AN), żarłoczość psychiczna (*bulimia nervosa*, BN), oraz nieokreślone zaburzenia odżywiania się (*eating disorder not otherwise specified*, ENDOS), do grupy których należą pacjenci z klinicznie istotnymi zaburzeniami odżywiania oraz skoncentrowani na masie ciała i wyglądzie [7]. W opracowanej przez WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10 (International Classification of Diseases), która obowiązuje między innymi w Polsce, wyróżnia się następujące zaburzenia odżywiania:

- jadłowstręt psychiczny,
- jadłowstręt psychiczny atypowy,
- żarłoczość psychiczna atypowa,
- przejadanie się związane z innymi czynnikami psychicznymi,
- wymioty związane z innymi czynnikami psychicznymi,
- inne zaburzenia odżywiania,
- zaburzenia odżywiania się, nieokreślone [8].

Ponieważ zaburzenia odżywiania zdarzają się coraz częściej, mogą niekorzystnie wpływać nie tylko na rozwój fizyczny, ale i psychiczny, bez względu na wiek

i płeć, w których się pojawiają. Dlatego nie należy pomijać ich w codziennej praktyce lekarskiej.

Zaburzenia odżywiania podzielono na dwie grupy:

1. specyficzne zaburzenia odżywiania – jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*, AN), bulimia psychiczna (*bulimia nervosa*, BN);
2. niespecyficzne zaburzenia odżywiania – dysmorfia mięśniowa (*bigorexia*), ortoreksja (*orthorexia nervosa*), kompulsywne objadanie się (*binge eating disorder*, BED), zespół jedzenia nocnego (*night eating syndrome*, NES), otyłość [9, 10].

Babicz-Zielińska proponuje inny podział zaburzeń:

1. zaburzenia sprzyjające otyłości (jedzenie niekontrolowane, syndrom nocnego jedzenia, jedzenie emocjonalne, *emotional eating disorder* – EED, bulimia);
2. zaburzenia wynikające z braku akceptacji własnego wyglądu (anoreksja, bigoreksja, ageoreksja);
3. zaburzenia wynikające z troski o zdrowie (orthoreksja) [11].

W związku z nadmiarem pracy, stresem oraz prowadzeniem nieregularnego trybu życia zauważa się występowanie problemu ze snem, co z kolei prowadzi do powstania nietypowego wzorca odżywiania. Pierwsze doniesienia na ten temat opublikowali w 1955 roku Stunkard, Grace i Wolff, a dotyczyły one pacjentów z otyłością [12]. Grupa schorzeń obejmujących problem zaburzeń snu i odżywiania jest dość duża i zalicza się do niej: zespół jedzenia nocnego, zaburzenia odżywiania związane ze snem (*sleep-related eating disorder*, SRED), zespół Kleine-Levina, bulimię z nocnym jedzeniem, zespół kompulsywnego objadania się oraz zaburzenia dysocjacyjne [9, 13].

Zespół jedzenia nocnego (*night eating syndrome*, NES) – jego etiologia nie jest do końca poznana, ale podkreśla się rolę czynnika genetycznego [14]. W klasyfikacji DSM- IV jest zaliczany do parasomnii nREM [7], natomiast w klasyfikacji ICD-10 nie występuje. Do objawów tego zaburzenia należą: zaburzenia snu w postaci bezsenności 3 razy w tygodniu i częściej, nadmierne łaknienie (spożywanie co najmniej połowy dziennej ilości pokarmów po godzinie 19.00), poranny głód [9]. Pacjenci często nie pamiętają nocnego jedzenia, co może być dla nich niebezpieczne, gdyż wielokrotnie przygotowują sobie ciepłe lub gorące posiłki. NES występuje u osób, którym towarzyszy przewlekły stres lub zaprzestały palić papierosy, używać opiatów, alkoholu czy kawy [13]. W tej grupie znajdują się też pacjenci z zaburzeniami snu z powodu zespołu niespokojnych nóg (*restless leg syndrome*, RLS), obstrukcyjnego bezdechu sennego (*obstructive sleep apnea*, OSA), zespołu okresowych ruchów kończyn (*periodic limb movement disorder*, PLMD) [14]. Problemem osób cierpiących na NES jest nadwaga lub otyłość, której nie

mogą się pozbyć pomimo stosowania diet, czują się winni, że nie umieją kontrolować swoich poczynań, co może spowodować narastanie zaburzeń depresyjnych i lękowych [15]. Jedną z postaci NES jest SRED, zaburzenia odżywiania związane ze snem (*sleep-related eating disorder*). Do grupy tej należą osoby spożywające duże ilości pokarmu w godzinach nocnych, jednak niepamiętające tego incydentu na drugi dzień [16].

Zespół napadowego objadania się, zwany również **zespołem kompulsywnego objadania się** (*binge eating disorder*, BED), głównie towarzyszy stresowi i charakteryzuje się zjedaniem dużej ilości jedzenia w niedługim czasie, z subiektywnym poczuciem braku kontroli spożywanego pokarmu (pod względem ilości i jakości) oraz sposobu spożywania. Doprowadza to do rozwoju otyłości. Objawy te muszą występować co najmniej dwa razy w tygodniu przez sześć miesięcy [17, 18].

Bulimia psychiczna (*bulimia nervosa*, BN) to zaburzenie charakteryzujące się nadmiernym zjedaniem wysokokalorycznej żywności w dość krótkim czasie. Trwanie takiego stanu jest różne, od pojedynczego napadu do kilku tygodni. Potem następuje poczucie wstydu, winy, a mija napięcie emocjonalne. Po tym okresie dochodzi do przeciwdziałania nadmiarowi przyjętych posiłków. Pojawiają się próby stosowania środków przeczyszczających, moczopędnych czy prowokacji wymiotów (bulimia przeczyszczająca) lub stosowanie różnych diet, głodówek czy nadmiernej ilości ćwiczeń fizycznych (bulimia nieprzeczyszczająca) [19,20]. Bulimia najczęściej dotyczy 1-3% młodych dziewcząt i kobiet między 15-24 rokiem życia. Trudno jest podać dokładną liczbę chorych, ponieważ osoby te często ukrywają swoje problemy, a niekiedy charakteryzuje je prawidłowa masa ciała lub nadwagę czy też otyłość. Do tej grupy należą osoby mające zaburzone poczucie postrzegania swojego ciała oraz takie, które stosowały restrykcyjne diety odchudzające [19, 21]. Powyższy problem występuje też u mężczyzn i według danych z literatury dotyczy około 0,2% chłopców i młodych mężczyzn, co stanowi około 10-15% wszystkich osób z BN [22].

Bigoreksja nervosa zwana również **dysmorfia mięśniową** (*body dysmorphic disorder*) albo też „kompleksem Adisona”. Dotyczy najczęściej mężczyzn marzących o idealnej sylwetce z wyrzeźbionymi mięśniami. Aby zwiększyć swoją formę fizyczną oraz rozbudować masę mięśniową, przestrzegają rygorystycznie skomponowanej diety, stosują suplementy i środki ergogeniczne oraz intensywnie ćwiczą. Nawykiem obok kontroli wagi ciała staje się mierzenie obwodów mięśni [23, 24, 25]. Według badań przeprowadzonych przez Wilczek i wsp. stwierdzono, że istnieje realne zagrożenie rozwoju bigoreksji u części młodych mężczyzn ćwiczących na siłowni. Poza tym wśród tych osób odnotowano nieprawidłowości w komponowaniu diety, a także stosowanie suplementacji bez konsultacji z lekarzem czy fizjologiem sportowym. Dotyczyło to 2/3 badanych mężczyzn w wieku 18-35 lat [23].

Neofobia żywieniowa należy do grupy zaburzeń karmienia typu „wybiórcze jedzenie”, a charakteryzuje się ona unikaniem spożywania nowych produktów. Najczęściej zaczyna się w okresie dzieciństwa (około 2. roku życia), ze szczytem między 2–6 rokiem życia. W okresie dojrzewania obserwujemy spadek, a potem niewielki wzrost w okresie starości (może mieć to związek z chorobami występującymi w tym okresie oraz gorszym funkcjonowaniem aparatu żucia) [26, 27]. Osoby przejawiające zachowania neofobiczne reprezentują postawę niechęci do jedzenia nieznanych im produktów lub wyglądających na nieznanne. Wśród czynników wymienia się uwarunkowania genetyczne, środowiskowe, sposób karmienia, osobowość oraz zachowania żywieniowe matki (w tym w czasie ciąży). Nieprawidłowe żywienie od momentu porożenia może mieć niekorzystny wpływ na rozwój dziecka (psychoruchowy, fizyczny, emocjonalny) czy dojrzewanie płciowe. Przed zdiagnozowaniem zaburzenia należy różnicować je z wybrzydzeniem, które wśród dzieci jest zjawiskiem przejściowym. Leczenie nie jest łatwym zadaniem, gdyż obejmuje edukację rodziców, opiekunów (w tym dziadków) i dziecka. W procesie tym muszą być przestrzegane określone zasady, a postawę rodziców musi cechować duża cierpliwość. Posiłki należy podawać w małych ilościach, ale często. Powinny być estetyczne, zachęcające do spożycia. Próby podawania nowych pokarmów powinno się powtarzać wielokrotnie i nie zrażać się niepowodzeniem, do znanych produktów podawać nowy, dbać o miłą atmosferę w trakcie posiłku oraz samodzielność jedzenia. Osoby z zaburzeniem powinno się angażować w proces przygotowywania posiłku [26].

Ortoreksja (*orthorexia nervosa*) jest to nowe schorzenie, opisane po raz pierwszy w 1997 roku przez Bratmana, a charakteryzujące się wręcz obsesją na punkcie spożywania zdrowej żywności. Powodem wprowadzania ograniczeń dietetycznych jest chęć uniknięcia choroby lub poprawa kondycji fizycznej. Zaburzenie zaczyna się najpierw od niewinnego usunięcia z diety kilku składników uważanych za niezdrowe [28]. Potem lista ta wydłuża się, aż w końcu jedynym zdrowym produktem jest woda i to nie każda [19]. Wydaje się, że choroba jest podobna do AN, gdyż dochodzi do spadku masy ciała i niedożywienia. Jednak w AN ograniczeniu podlega ilość i kaloryczność posiłku, podczas gdy ortorektyk zwraca szczególną uwagę na jakość spożywanych produktów, unikając produktów mogących zaszkodzić jego zdrowiu (np. zawierających metale ciężkie, pestycydy, dodatki sztuczne), produktów przetworzonych oraz zwraca uwagę na techniki i sprzęt używany do przygotowania posiłku [29]. Osoba z zaburzeniem bardzo dokładnie czyta etykiety dołączone do produktu, a często jedynymi sklepami, w których dokonuje zakupów są sklepy ekologiczne czy ekologiczne gospodarstwa. Powodem takiej postawy jest potrzeba zapomnienia o codziennych kłopotach oraz nieumiejętność radzenia sobie ze stresem. W konsekwencji problem jeszcze bardziej się

po głębia, dochodzi do unikania kontaktu z rodziną, otoczeniem, a chora osoba na umówione spotkania przychodzi ze swoim posiłkiem [19].

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*, AN) jest najbardziej znanym zaburzeniem, ale i sprawiającym największe problemy diagnostyczne. Charakteryzuje się celową utratą masy ciała. Według klasyfikacji ICD-10 AN rozpoznawana jest, gdy:

- masa ciała spada o co najmniej 15% poniżej wartości oczekiwanej lub występuje brak jej przyrostu;
- spadek masy ciała jest spowodowany unikaniem przyjmowania posiłków, stosowaniem środków moczopędnych, przeczyszczających, zmniejszających lub hamujących łaknienie, prowokowaniem wymiotów oraz/lub wyczerpującymi ćwiczeniami fizycznymi;
- osoba postrzega siebie jako otyłą, co powoduje stosowanie restrykcyjnej, niskokalorycznej diety;
- występują zaburzenia endokrynologiczne – zaburzenia miesiączkowania, a u mężczyzn potencji, utrata zainteresowań seksualnych, wzrost hormonu wzrostu i kortyzolu, zmiany metabolizmu tarczycy i wydzielania insuliny;
- u osób przed pokwitaniem występują zaburzenia tego procesu (zahamowanie lub spowolnienie) [29, 30].

Problem anoreksji najczęściej pojawia się u dziewcząt między 12. a 19. rokiem życia. Na świecie występuje z częstością 0,5-1%, a w Polsce 0,8-1,8% wśród dziewcząt poniżej 18. r.ż. Literatura donosi o występowaniu anoreksji wśród chłopców /0,05-0,1%/, ale w tym przypadku przebieg choroby jest cięższy [19, 25, 31, 32]. W przypadku AN umieralność wynosi 5,7-15% u dziewcząt przed 24 r.ż., między innymi z powodu powikłań wynikających z głodzenia się lub jako wynik samobójstwa [33].

AN może dotyczyć również innej grupy kobiet, u której najczęściej mamy fizjologiczny przyrost masy ciała – kobiet w ciąży. W tym przypadku używamy pojęcia **pregoreksja, czyli anoreksja ciążowa**. Charakteryzuje się kontrolowaniem wagi ciała poprzez dietę czy intensywne ćwiczenia fizyczne, co ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia matki (nie-dokrwistość, nadciśnienie tętnicze, krwawienia z dróg rodnych, konieczność wykonania cięcia cesarskiego, problemy z karmieniem naturalnym, poronienia, poród przedwczesny) oraz dziecka (wyższy współczynnik umieralności niemowląt, niska masa urodzeniowa, wady wrodzone, mniejszy obwód głowy, problemy z oddychaniem, opóźniony rozwój, zaburzenia łaknienia i wzrostu, nieprawidłowości w procesach poznawczych, zmysłowych i fizycznych). Jako przyczynę pregoreksji podaje się niechęć do posiadania dziecka, bywa też tak, że objawy AN pojawiają się po raz pierwszy podczas ciąży [25, 34].

Dyskusja

Problem zaburzeń odżywiania jest dość powszechny w populacji i najprawdopodobniej będzie narastał. Dlatego ważne jest poznanie pierwszych symptomów choroby oraz jej powikłań, które mogą być przyczyną zgonu. Najczęściej jako powikłania wymienia się objawy ze strony układu pokarmowego (zaparcia, wzdęcia, zaburzenia czynności wątroby, spowolnienie motoryki żołądka i jelit, hipercholesterolemię), układu moczowego (podwyższone stężenie mocznika we krwi, co zwiększa ryzyko kamicy nerek, wielomocz, utrata ważnych elektrolitów potasu i sodu oraz obrzęki), układu krwiotwórczego (leukopenię, niedokrwistość, małopłytkowość, niedobór żelaza), układu endokrynologicznego (brak miesiączki, impotencja, zaburzenia wzrastania, osteopenia, zaburzenia pracy tarczycy), układu nerwowego (drgawki, zaniki kory mózgowej), układu krążenia (bradykardia, tachycardia, zaburzenia rytmu serca, problem z ciśnieniem tętniczym) [8]. U młodzieży i dzieci często dochodzi do powstania zaburzeń hormonalnych (niedobory estrogenów i tyroksyny, hiperkortyzolemii), co wpływa na kształtowanie się procesów w mózgu oraz na proces dojrzewania płciowego [3].

Kolejny etap po zdiagnozowaniu zaburzeń odżywiania to leczenie. Jest ono wielokierunkowe i wymaga współpracy lekarza, psychologa, dietetyka oraz najbliższego otoczenia chorego (rodziny, przyjaciół, znajomych). Najpierw, przed przystąpieniem do leczenia, określa się stopień wyniszczenia fizycznego, zaburzenia patofizjologiczne i metaboliczne, a dopiero potem następuje leczenie żywieniowo-psychosomatyczne. Wskazane jest, aby proces leczenia miał miejsce w domu, a tylko w wybranych przypadkach, gdy pacjent nie chce współpracować lub odmawia leczenia, stosuje się leczenie w warunkach szpitalnych. Bardzo dobre efekty przynosi psychoterapia, zwłaszcza poznawczo-behawioralna (*Cognitive Behavioral Therapy*, CBT).

W leczeniu duże znaczenie ma prawidłowa interwencja żywieniowa polegająca na normalizacji stanu odżywiania, czyli wyjaśnieniu choremu zasad układania prawidłowego jadłospisu oraz wpływu nieprawidłowej diety – głodówki na funkcjonowanie psychologiczne i fizjologiczne [35]. W literaturze można znaleźć twierdzenia, że w leczeniu NES terapia behawioralna, hipnoterapia i biofeedback okazały się nieskuteczne, a włączenie leków dopaminergicznych (L-dopa i bromokryptyny) i opioidowych z preparatami uspakajającymi dało pozytywne rezultaty [9, 36]. Inni badacze podkreślają rolę preparatów serotoninergetycznych hamujących apetyt [37]. Cygankiewicz i wsp. [38] donoszą, że na lepsze rokowanie w leczeniu zaburzeń odżywiania ma wpływ pozytywna relacja małżeńska i rodzinna oraz niższy poziom niezadowolienia z własnego ciała, a także mniejsze wyjściowe dążenie do szczupłości. Występowanie objawów objadania się i wymiotowania pogarsza jednak rokowania.

Wnioski

Znajomość zagrożeń związanych z nowym stylem życia oraz nadmiernym przestrzeganiem zasad prawidłowego żywienia, a także znajomość pierwszych objawów zaburzeń odżywiania, pozwolą na szybkie rozpoznanie i włączenie prawidłowego leczenia, aby nie wystąpiły powikłania czy zgon.

Bibliografia

1. Strzelecki W., Cybulski M., Strzelecka M., Dolczewska-Samela A., *Zmiana wizerunku medialnego kobiety a zaburzenia odżywiania we współczesnym świecie*. Nowiny Lek. 2007; 76(2): 173-181.
2. Lyn P., *Eating disorders: a review of the literature with emphasis on medical complications and clinical nutrition*. Altern. Med. Rev. 2002: 184-202.
3. Herpetz-Dahlmann B., Buhren K., Remschmidt H., *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*. Medycyna praktyczna-Pediatrics 2014; 4: 70-80.
4. Herpetz-Dahlmann B., Wille N., Vioet T.D., Ravens-Sieberer U., *BELLA study group: Disordered behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry. 2008; 17 (supl.1): 82-91.
5. Patton G.C., Johnson-Sabine E., Wood K., Mann A.H., Wakeling A., *Abnormal eating attitudes in London schoolgirls- a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up*. Psychol. Med. 1990; 20: 383-394.
6. Szcześniak P., Szuszkiewicz J., Michałak Ł., Orszulak-Michałak D., *Żywienie i suplementacja diety w wieku podeszłym*. Farm. Pol 2009; 65(11): 775-779.
7. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV*. American Psychiatric Association, Washington D.C. 1994.
8. Nicholls D., Grindrod C., *Behavioural eating disorders. Paediatrics and Child Health*, 2008; 19 (2): 60-66.
9. Jakuszowiak K., Cubała W. J., *Zespół jedzenia nocnego-rozpowszechnienie, diagnoza i leczenie*. Psychiatria 2004; 1: 107-111.
10. Chwałczyńska A., Bembenek A., *Ocena świadomości dziewcząt w wieku gimnazjalnym dotycząca jadłowstrętu psychicznego*. Endocrinology, Obesity and Metabolic Disorders 2010; 6 (3): 118-123.
11. Babicz-Zielinska E., Wądołowska L., Tomaszewski D., *Eating Disorders: Problems of Contemporary Civilisation- A Review*. Polish Journal of Food and Nutrition Sciences 2013; 63 (3): 133-146.
12. Stunkard A.J., Grace W. J., Wolff H. G., *The night-eating syndromes. A pattern of food intake among certain obese patients*. Am. J. of Medicine 1955; 19: 78-86.

13. Morgenthaler T. I, Silber M. H., *Amnestic sleep-related eating disorder associated with zolpidem*. Sleep Medicine 2002; 323-327.
14. Ocampo J., Foldvay N., Dinner D., Golish J., *Sleep-related eating disorder in fraternal twins*. Sleep Medicine 2002; 525-526.
15. Gluck M. E, Geliebter A., Satov T., *Night Eating Syndrom is associated with depression, low-self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatient*. Obesity Research 2001; 9: 264-267.
16. Hudson J. I., Hiripi E., Pope H. G., Kessler R. C., *The prevalence and correlates of eating disorders in the NCS Replication*. Biological Psychiatry 2007; 61: 348-358.
17. White M. A., Grilo C. M., O'Malley S. S. Potenza M. N., *Clinical Case Discussion: Binge Eating Disorder, Obesity and Tobacco Smoking*. J. Addict Med. 2010; 4: 9-11.
18. Juruć A., Wierusz-Wysocka B., Bogdański P., *Psychologiczne aspekty jedzenia i nadmiernej masy ciała*. Farmacja Współczesna, 2011; 4: 119-126.
19. Kędra E., *Zaburzenia odżywiania- znak naszych czasów*. Piel. Zdr. Publ. 2011; 1(2): 169-175.
20. Włodawiec B., *Psychoterapia zaburzeń odżywiania się. Problemy emocjonalne, czynniki leczące, relacje z przebiegu terapii*. Instytut Psychospołeczny, Warszawa 2001.
21. Gustek S., Jaworski M., *Znaczenie interwencji żywieniowej w psychiatrii poznawczo-behawioralnej w bulimii*. Psychiatria i Psychoterapia 2011; 7(2-3): 7-21.
22. Carlat D.J., Carmago C.A., *Review of bulimia nervosa in males*. Am. J. Psychiatry 1991; 148: 831-843.
23. Wilczek W, Kolarzyk E., Kwiatkowski J., *Dysmorfia mięśniowa (bigoreksja) – czy rzeczywiście stanowi realne zagrożenie dla młodych mężczyzn*. Hygeia Public Health 2013; 48 (4): 537-544.
24. Mosley P.E., *Bigorexia : bodybuilding and muscle dysmorphia*. Eur Eating Disor Rev 2009, 17 (3): 191-198.
25. Bator E., Bronkowska M., Ślepecki D., Biernat J., *Anoreksja-przyczyny, przebieg, leczenie*. Nowiny Lekarskie 2011, 80 (3): 184-191.
26. Koziół-Kozakowska A., Piórecka A., *Neofobia żywieniowa- jej uwarunkowania i konsekwencje zdrowotne*. Standardy medyczne – Pediatria 2013; 1: 80-85.
27. Dovey M. T., Staples P. A., Gibson E. L. i wsp., *Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children : a review*. Appetite 2008; 50: 182-193.
28. Mathieu J., *What is orthorexia?* J. Am. Diet. Assoc. 2005; 105: 1510-1512.
29. Dittfeld A., Koszowska A., Fizia K., Ziora K., *Ortoreksja-nowe zaburzenie odżywiania*. Annales Academiae Medicae Silesiensis 2013, 67 (6): 393-399.

30. Józefik B., Wolska M., *Anoreksja i bulimia u dzieci i młodzieży*. Hachette Livre Polska, Warszawa 2009: 26-27.
31. Kowalczyk M., *Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej*. Impuls, Kraków 2008: 16.
32. Józefik B., *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
33. Bukowska-Posadzy A., Duś-Żuchowska M., Cichy W., *Jadłowstręt psychiczny z perspektywy pierwszego etapu działań terapeutycznych*. Standardy Medyczne. Pediatria. 2011; 8: 729-735.
34. Rabe-Jabłońska J., *Powikłania somatyczne przewlekłego jadłowstrętu psychicznego i bulimii psychicznej*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2006: 370-371.
35. Gustek S., Jaworski M., *Znaczenie interwencji żywieniowej w psychoterapii poznawczo-behawioralnej w bulimii*. Psychiatria i Psychoterapia 2011; 7 (2-3): 7-21.
36. Schneck C. H., Mahowald M. W., *Review of nocturnal sleep-related eating disorders*. Int.J.Eat Disord. 1994;15: 343-356.
37. Stunkard A. J., Allison K. C., *Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating*. Int.J. Obes. Relat. Metab. Disord. 2003; 27: 1-12.
38. Cygankiewicz P., Solecka D., Pilecki M. W., Józefik B., *Preduktory poprawy objawowej w zaburzeniach odżywiania się. Analiza wstępna*. Psychiatria Polska 2012; XLVI (2): 201-212.