

Samoocena i jej związki z obrazem siebie dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną

Self-esteem and its relations with self-image in female adolescents suffering from anorexia nervosa

Grzegorz Iniewicz

Institut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński
Dyrektor: dr hab. n. hum. W. Łosiak
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Bomba

Summary

Aim. The paper presents results of research concerning the differences in self-esteem and their relations with self-image in female adolescents with anorexia nervosa (who meet criteria of DSM-IV) and their healthy peers.

Method. Every group consisted of 30 individuals. They completed the Culture-Free Self-Esteem Inventory, which enables measuring the self-esteem in three aspects: general self-esteem, personal self-esteem and social self-esteem.

Results. The study revealed lower self-esteem in girls suffering from anorexia nervosa than in the control group.

Conclusions. Lower self-esteem of anorectic girls is connected with their emotions toward themselves and their social relations.

Słowa klucze: anoreksja psychiczna, samoocena, obraz siebie
Key words: anorexia nervosa, self-esteem, self-image

W I części pracy zaprezentowane zostały wyniki uzyskane w badaniach nad obrazem samych siebie przez dziewczęta chorujące na anoreksję. Część II prezentuje wyniki badań poświęcone samoocenie oraz jej związkom z obrazem własnej osoby.

Wstęp

Samoocena jest podstawowym konstruktem psychicznym, stanowiącym centralny element obrazu własnej osoby. Jest ona tworem dynamicznym, mającym ogromny wpływ na przeżywanie przez nas szczęścia lub jego brak. Znacznie zaniżona samoocena ma duże negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego [1].

Według Yellowlessa [1, 2] na ogólną samoocenę składają się: poczucie własnej

wartości (kształtujące się przede wszystkim we wczesnych etapach życia), ujawniana samoocena (czyli ten aspekt, który prezentujemy innym), społeczna samoocena (związana z funkcjonowaniem jednostki wśród innych ludzi), ocena swojej atrakcyjności i wyglądu (odnosząca się do naszej cielesności), zadowolenie ze swojej płci, a także kształty i waga ciała oraz ocena siebie związana z podejmowaniem różnych ról społecznych. Autor ten zwraca też uwagę, iż zarówno przeżywane przez ludzi psychologiczne problemy, jak i zaburzenia psychiczne mogą być rozumiane jako dysfunkcjonalne sposoby radzenia sobie z niską samooceną. Uruchamia ona wtedy szereg zachowań, będących dysfunkcjonalną próbą podniesienia jej. I tak, niska samoocena może być powodem dużego zaangażowania się w pracę czy robienie kariery, podejmowania specyficznych ról społecznych, dużej koncentracji na własnym wyglądzie bądź też ascetycznego stylu życia. Gdy te zachowania nie spełnią swojej funkcji, jednostka może zacząć przejawiać objawy zaburzeń psychicznych.

Wren i Lask [3] niską samoocenę zaliczają zarówno do czynników predysponujących i wywołujących zaburzenia odżywiania, jak i do czynników podtrzymujących je.

Slade [4; patrz również 5] w opracowanym przez siebie modelu czynników odpowiedzialnych za pojawienie się anoreksji, uważa, iż na niską samoocenę, rozumianą jako brak satysfakcji z siebie i swojego życia, składają się: konflikty młodzieńcze, mające swoje źródło przede wszystkim w radzeniu sobie z separacją, trudności, powstające w relacjach z rówieśnikami, w tym głównie z osobami przeciwnej płci, oraz stresujące doświadczenia, związane zwłaszcza ze sferą seksualną i funkcjonowaniem społecznym. W takim kontekście pojawia się silna potrzeba kontroli i sukcesu, której celem miałyby być podniesienie samooceny.

Glendinning i Phillips [6] zwracają uwagę, iż niska samoocena u chorych na anoreksję powoduje, że w dużym stopniu znajdują się oni pod wpływem rówieśników i swoich rodzin. To spostrzeżenie może nasuwać przypuszczenie, iż osoby te, pozostając pod silnym wpływem otoczenia, stosunkowo łatwo mogą ulegać wzorcom związanym z idealną sylwetką ciała i sposobami jej osiągnięcia, doprowadzającymi do ograniczenia spożywanego jedzenia, które to zachowanie szybko przynosi efekty i co za tym idzie – daje poczucie zadowolenia z siebie, odniesionego sukcesu.

Jeśli chodzi o sferę emocjonalną, to można przypuszczać, iż jedzenie traci swoją podstawową, biologiczną funkcję, a zaczyna być sposobem kontrolowania nieprzyjemnych emocji, co ostatecznie prowadzi do podniesienia się samooceny [7] i zmniejszenia poczucia własnej nieskuteczności [8].

Yellowless [1, 2], charakteryzując samoocenę u chorych na anoreksję, stwierdza, iż jest ona oparta na fałszywym założeniu, iż kształty i waga ciała stanowią główny wyznacznik czyjejs wartości. Tak więc percepcja własnego ciała staje się podstawą samooceny. Niska samoocena u chorych na anoreksję może przejawiać się na różnych poziomach: w błędach w myśleniu („To moja wina”), w sposobie emocjonalnego przeżywania siebie („Czuję się... brzydka..., bezwartościowa”), na poziomie percepcji („Moje ciało jest wstrętne..., grube...”) i na poziomie behawioralnym („Kontakty z innymi ludźmi upokarzają mnie”). Ponadto zwraca uwagę, iż percepcja własnych kształtów i wagi ciała u tych osób jest poważnie zaburzona.

Znaczący wpływ przeżywania własnego ciała na samoocenę potwierdzają badania Gellera i wsp. [9], w których wzięło udział 197 studentek w wieku 13–18 lat. Z badań tych wynika, iż u osób w wieku dojrzewania, u których występują objawy zaburzeń jedzenia, samoocena opiera się przede wszystkim na kształcie i wadze ciała oraz atrakcyjności twarzy, a w mniejszym stopniu na relacjach z przyjaciółmi, cechami osobowości czy osiągnięciami szkolnymi.

Noordenbos [10] w swoich badaniach skoncentrował się na czynnikach, które odgrywają najważniejszą rolę w procesie leczenia osób chorujących na anoreksję. W badaniach przeanalizowano 108 ankiet wypełnionych przez wyleczone osoby. Jedną z części kwestionariusza poświęcono była temu, co, według badanych, jest najistotniejszym celem w terapii. Wyboru dokonywali oni spośród 24 twierdzeń. Najczęściej wybierane twierdzenia koncentrowały się wokół większego zadowolenia z siebie i ze swojego ciała. Jak istotną rzeczą dla chorych na anoreksję jest kwestia samooceny, może świadczyć fakt, iż 98% badanych dziewcząt jako najważniejszy cel w leczeniu wybierało twierdzenie: „Być bardziej zadowoloną z siebie”.

Badania nad samooceną u osób chorujących na zaburzenia jedzenia potwierdzają jej zaniżony poziom. Shapiro i wsp. [11] porównywali grupę kobiet z diagnozą anoreksji lub bulimii psychicznej z grupą zdrowych kobiet. Samoocena w pierwszej grupie była wyraźnie zaniżona. Autorzy badań wiążą uzyskane wyniki z obniżonym poczuciem kontroli. Trzeba tu jednak zaznaczyć, iż nie wyjaśnia to przyczynowego związku między tymi zmiennymi. Najprawdopodobniej można tu mówić o wpływach dwustronnych. Zaniżona samoocena może być spowodowana lub/i podtrzymywana przez brak poczucia kontroli, ale też na mniejsze poczucie kontroli u chorych, w porównaniu z osobami zdrowymi, może wpływać zaniżona samoocena. Podobne wyniki uzyskali Casper i wsp. [12]. Trzeba tu jednak pamiętać, iż w badaniach tych koncentrowano się na ogólnej samoocenie, bez wyszczególnienia jej różnych aspektów.

Na koniec warto zaznaczyć, iż samoocena u osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się wydaje się ważnym czynnikiem prognostycznym – im bardziej zaniżona, tym gorsze rokowanie. Jak proponują autorzy, można to wyjaśnić w ten sposób, iż gorsza samoocena powoduje bardziej pesymistyczne patrzyenie na swoją przyszłość („Zawsze będę anorektyczką, nic mi nie pomoże”) oraz na ludzi i wydarzenia („Każdy ma rację, ale mnie nie rozumie”) [3, 13].

Prezentowane badania koncentrują się na określeniu poziomu samooceny w kilku jej aspektach [14] oraz na próbie znalezienia wzajemnych relacji pomiędzy samooceną a wybranymi aspektami obrazu własnej osoby.

Osoby badane

Grupa badana i kontrolna zostały szczegółowo omówione w I części pracy.

Metoda

W badaniach zastosowano kwestionariusz samooceny Battle’a (Cultural-free Self-esteem Inventories for Children and Adults) [14, 15]. U jego podstaw leżały trzy

założenia [14]. Po pierwsze, samoocena jest zmienną, która w sposób istotny wpływa na szkolne lub/i zawodowe osiągnięcia, relacje z innymi ludźmi, dobre samopoczucie (well being) czy zdrowie psychiczne. Po drugie, samoocena jest konstruktem, który może być definiowany zarówno w kategoriach teoretycznych, jak i operacyjnych. I po trzecie, samoocena może być mierzona w sposób rzetelny.

Wyróżnienie przez autora trzech podskal umożliwia dokładniejsze przyjrzenie się, jak jednostka ocenia siebie w różnych obszarach swojego funkcjonowania. 40 pozytywnych i negatywnych twierdzeń obejmuje trzy aspekty samooceny i skalę kłamstwa:

- samoocena społeczna: jest to aspekt samooceny, który odnosi się do funkcjonowania w grupie rówieśników;
- samoocena ogólna: aspekt samooceny, który odnosi się do generalnego poczucia własnej wartości;
- samoocena osobista: aspekt samooceny, który odnosi się do osobistego poczucia własnej wartości;
- skala kłamstwa.

Ułożone i podzielone na subskale itemy miały na celu zebranie informacji o tym, jak jednostka ocenia siebie w wyróżnionych aspektach. Analiza czynnikowa potwierdziła wewnętrzną spójność itemów w ramach wyróżnionych z teoretycznych przesłanek wymiarów samooceny. Uzyskane przez autora współczynniki alpha wyglądają następująco: dla skali samooceny ogólnej = 0,78, samooceny społecznej = 0,57, i samooceny osobistej = 0,72, oraz dla skali kłamstwa = 0,54.

Polska adaptacja skali została przeprowadzona przez M. Kliś i J. Kossewską¹, które sprawdziły rzetelność polskiego tłumaczenia kwestionariusza w badaniach polskiej populacji. Rzetelność całego kwestionariusza, mierzona współczynnikiem korelacji między połówkami inwentarza, wynosi $r = 0,67$, współczynnik Cronbacha $\alpha = 0,79$, a współczynnik rzetelności połówkowej Guttmana $r = 0,77$. Uzyskane wskaźniki potwierdzają, iż jest to narzędzie o zadowalających parametrach statystycznych.

Wyniki badań

Samoocena

Wszystkie badane aspekty samooceny odróżniają grupę dziewcząt z anoreksją od dziewcząt z grupy kontrolnej (tabela 1 i wykres 1). Odchylenia standardowe w samoocenie społecznej wskazują na większą zmienność wyników w grupie dziewcząt z anoreksją, co może być spowodowane małą liczbą itemów wchodzących w skład tej skali (8) lub dużą różnicą dotyczącą tego, jak dziewczęta z anoreksją oceniają swoje kontakty z innymi ludźmi. Skala kłamstwa nie różnicuje badanych grup.

Korelacje samooceny z wybranymi aspektami obrazu własnej osoby

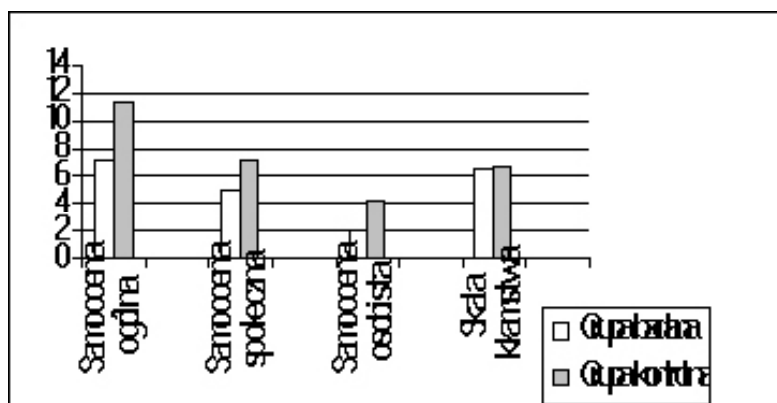
¹ Dane pochodzą z niepublikowanej pracy doktorskiej J. Kossewskiej.

Tabela 1

Średnie, odchylenia standardowe i istotność różnic* w skalach kwestionariusza samooceny Battle'a u dziewcząt z grupy badanej i kontrolnej

	Grupa badana M (SD)	Grupa kontrolna M (SD)	t	p
Samooceńa ogólna	1,23 (0,77)	11,00 (0,40)	-4,53	p < 0,01
Samooceńa społeczna	5,70 (1,74)	7,21 (0,74)	-6,21	p < 0,01
Samooceńa osobista	2,73 (1,27)	4,8 (0,50)	-3,61	p < 0,01
Skala kłamstwa	4,28 (1,60)	4,60 (1,22)	-0,28	nl.

* Do zbadania istotności różnic między grupami użyto testu t-Studenta. Do obliczeń statystycznych użyto pakietu statystycznego Statistica for Windows



Wykres 1. Średnie wyniki uzyskane przez badanych w kwestionariuszu samooceny Battle'a

Korelacje między skalami kwestionariusza Offerera a skalami kwestionariusza samooceny Battle'a wskazują na istnienie kilku bardzo interesujących związków (tabela 2 i 3). Najsilniejsze korelacje uzyskano między różnymi aspektami obrazu samego siebie a samoocena ogólna oraz osobista.

U dziewcząt chorujących na anoreksję skala samooceny ogólnej wydaje się pozostawać w najsilniejszym związku ze skalą zrównoważenia emocjonalnego i przysto-

Tabela 2

Korelacje pomiędzy skalami kwestionariusza Offerera a kwestionariuszem samooceny Battle'a w grupie dziewcząt z anoreksją (r Pearsona; p<0,05)

	Samooceńa ogólna	Samooceńa osobista
Kontrola emocjonalna	-0,43	-0,64
Zrównowazenie emocjonalne	-0,68	-0,66
Obraz własnego ciała	-0,20	-0,34
Relacje społeczne	-0,46	-0,40
Kontrola ciała zewnętrznego	-0,43	-0,44
Fizyczne warunki	-0,67	-0,67

Tabela 3

Korelacje pomiędzy skalami kwestionariusza Offera a kwestionariuszem samooceny Battle'a w grupie zdrowych dziewcząt (r Pearsona; $p < 0,05$)

	Samoocena ogólna	Samoocena osobista
Kontrola emocjonalna	- 0,81	- 0,47
Zrównoważenie emocjonalne	- 0,87	- 0,88
Obraz własnego ciała	- 0,88	- 0,61
Postawy seksualne	- 0,26	0,15
Relacje rodzinne	- 0,80	- 0,23
Kontrola świata zewnętrznego	- 0,48	- 0,26
Przystosowanie	- 0,48	- 0,25

sowania, z kolei samoocena osobista ze sferą emocjonalną – z kontrolą tej sfery oraz ze zrównoważeniem emocjonalnym.

U zdrowych dziewcząt samoocena ogólna w najwyższym stopniu, obok zrównoważenia emocjonalnego, wydaje się pozostawać w związku z radzeniem sobie ze zmianami dotyczącymi ciała (skala: obraz własnego ciała). Można też podejrzewać związki samooceny ogólnej ze skalami przystosowania, kontroli świata zewnętrznego, kontroli emocjonalnej i relacji rodzinnych.

Samoocena osobista pozostawałaby w najsilniejszym związku ze sferą emocjonalną (skala zrównoważenia emocjonalnego i kontroli emocjonalnej), co upodabniałoby badane grupy. Różnica z kolei związana byłaby z mniejszą zależnością samooceny osobistej od radzenia sobie z wymaganiami otoczenia. W przypadku zdrowych dziewcząt samoocena osobista pozostawałaby ponadto w związku z akceptacją własnego ciała i zmian, którym ono podlega.

Omówienie wyników

Samoocena

Wyniki uzyskane w kwestionariuszu Battle'a do badania samooceny potwierdzają wcześniej przeprowadzone badania [11, 12], na podstawie których można podejrzewać zaniżoną samoocenę u osób chorujących na anoreksję. Różnica pomiędzy grupą dziewcząt z anoreksją a grupą zdrowych rówieśniczek była istotna statystycznie we wszystkich aspektach samooceny.

Zaniżona samoocena ogólna, związana z przeżywaniem siebie jako odrębnej jednostki, koresponduje z poglądami różnych autorów, według których chorzy na anoreksję charakteryzują się silnym związaniem z domem [16] i zależnością emocjonalną od rodziców [17]. Można podejrzewać, iż sytuacja pozostawania zależnym od innych powoduje przeżywanie siebie jako osoby gorszej od innych. Jest to tym bardziej istotne w okresie dojrzewania, kiedy samodzielność stanowienia o sobie nabiera szczególnego znaczenia.

Samoocena społeczna, w której dziewczęta chorujące na anoreksję uzyskały gorsze wyniki w porównaniu ze zdrowymi rówieśniczkami, odnosi się do funkcjonowania

w grupie rówieśniczej. Autorzy, podkreślający w etiologicznych koncepcjach anoreksji wpływ czynników społecznych, zwracają uwagę, iż dziewczęta te być może w większym stopniu podatne są na wpływy środowiskowe [3, 18, 19]. Zatracają poczucie własnej indywidualności na rzecz spełniania oczekiwań narzucanych przez środowisko. Dlatego w środowisku szkolnym, jeżeli są dobrymi i pracowitymi uczennicami, mogą być postrzegane jako osoby dobrze dostosowane, spełniające obowiązujące tam normy, jednak w przypadku bardziej osobistych kontaktów, w których zachowanie własnej indywidualności ma większe znaczenie, ich funkcjonowanie może być znacznie gorsze. Potwierdzeniem tego może być wynik uzyskany w skali relacje społeczne kwestionariusza Offera (por. I część pracy), wskazujący, iż dziewczęta z anoreksją nie nawiązują satysfakcjonujących relacji z rówieśnikami, czując się samotne i wyalienowane.

Badania przeprowadzone przez Ogdena i Stewarda [20] mogą być przydatne w rozważaniach nad wpływem relacji matka–córka na samoocenę córek. Skoncentrowali się oni na zależności relacji pomiędzy matkami i córkami od samooceny córek i ich koncentracji na wadze ciała. Przebadali 30 dziewcząt, w wieku 16–19 lat, i ich matki, w wieku 41–57 lat. Wyniki nie potwierdziły hipotezy o podobieństwie stopnia koncentracji na swojej wadze u matek i córek, wskazały natomiast, iż znaczący wpływ może mieć tutaj kwestia autonomii córek. Wraz z mniejszą wiarą matek w samodzielność córek, wzrastała liczba restrykcyjnych zachowań córek związanych z jedzeniem, wzrastało ich niezadowolenie z własnego wyglądu i tym samym obniżała się ich samoocena. Potwierdza to przypuszczenia o wpływie relacji matka–córka na poczucie własnej wartości córek, jednak kwestia ta wymaga dalszych badań.

Związki samooceny z wybranymi aspektami obrazu własnej osoby

Występujące w grupie dziewcząt chorujących na anoreksję związki samooceny ogólnej ze zrównoważeniem emocjonalnym wskazywałyby na znaczący wpływ stabilności emocjonalnej na ogólną ocenę siebie, chociaż można też przypuszczać, iż wyższa samoocena ogólna przyczynia się do większej stabilności emocjonalnej. Obok zrównoważenia emocjonalnego, na ogólną samoocenę duży wpływ wydaje się mieć stopień radzenia sobie z otoczeniem i jego wymaganiami. Biorąc pod uwagę możliwość dwustronnych wpływów pomiędzy opisywanymi wymiarami, można też przypuszczać, iż wyższa ogólna ocena siebie podnosi poziom radzenia sobie ze światem zewnętrznym. Uzyskane wyniki wskazują na istnienie związków pomiędzy obszarem opisywanym przez Offera jako „Ja psychologiczne” a samooceną. Mniejszej kontroli emocjonalnej i słabszemu zrównoważeniu emocjonalnemu towarzyszy ogólne niezadowolenie z siebie.

Potwierdzenie tych przypuszczeń możemy znaleźć w poglądach Slade'a [4]. Według niego niska samoocena, rozumiana jako brak satysfakcji z siebie i swojego życia, powoduje powstanie potrzeby kontroli pewnego aspektu swojego życia lub/i potrzebę sukcesu. Niska samoocena, z kolei, powstaje na skutek braku kontroli i, co się z tym wiąże, rozchwianiem emocjonalnym, związanym z takimi sferami, jak problem autonomii w relacji z rodzicami czy konflikty związane ze sferą seksualną bądź funkcjonowaniem społecznym. Wydaje się jednak, iż liniowa zależność w modelu

Slade'a powinna zostać zastąpiona zależnością dwustronną, zwracającą uwagę na wzajemne oddziaływanie tych czynników.

U zdrowych dziewcząt samoocena ogólna pozostaje w najsilniejszym związku ze zrównoważeniem emocjonalnym i z radzeniem sobie ze zmianami dotyczącymi ciała. Im wyższa samoocena ogólna, tym mniej doświadczają one niepewności związanej z własną cielesnością. Zastanawiające jest, iż związek samooceny ogólnej z obrazem własnego ciała u dziewcząt z anoreksją nie jest tak silny. Dotyczy to również samooceny osobistej, chociaż tutaj wydaje się on większy. Może to wynikać z większej koncentracji dziewcząt z anoreksją na sferze emocjonalnej i swoistej nieumiejętności rozpoznawania przyczyn braku równowagi w tej sferze, w której obraz własnego ciała może odgrywać istotną rolę. Większa świadomość własnej cielesności u zdrowych dziewcząt może przyczyniać się do lepszego rozpoznawania tych obszarów, które wiążą się z przeżywaniem negatywnych czy ambiwalentnych uczuć.

Można też przypuszczać, iż w tej grupie wyższej samoocenie ogólnej będzie towarzyszyło lepsze radzenie sobie z otoczeniem i z frustracjami powodowanymi czynnikami zewnętrznymi, mniejsze nasilenie zachowań pod wpływem impulsów oraz lepsze relacje z członkami swojej rodziny, a zwłaszcza z rodzicami (por. [21, 22]).

W przypadku samooceny osobistej u dziewcząt chorujących na anoreksję dwoma czynnikami, które w najwyższym stopniu pozostawałyby z nią w związku, byłaby sfera emocjonalna oraz radzenie sobie z zewnętrznymi wymaganiami. Wskazują na to zależności między tym aspektem samooceny a kontrolą emocji oraz zrównoważeniem emocjonalnym. W przypadku radzenia sobie z zewnętrznymi wymaganiami chodziłoby tu o możliwości adaptacyjne chorych dziewcząt do zewnętrznych wymagań oraz zadowolenie z relacji z rówieśnikami.

U zdrowych rówieśniczek samoocena osobista pozostawałaby w najsilniejszym związku ze sferą emocjonalną, co upodabniałoby badane grupy. Różnica z kolei związana byłaby z mniejszą zależnością samooceny osobistej od radzenia sobie z wymaganiami otoczenia. W przypadku zdrowych dziewcząt samoocena osobista pozostawałaby ponadto w związku z akceptacją własnego ciała i zmian, którym ono podlega.

Różne teorie obrazu własnej osoby podkreślają wpływ „Ja społecznego” na samoocenę i ogólne funkcjonowanie człowieka. Dotyczyć to może szczególnie młodzieży w okresie dojrzewania, gdy wzrasta znaczenie porównań z grupą rówieśniczą. W tym kontekście podejrzewać można, iż niesatysfakcjonujące funkcjonowanie w aspekcie społecznym nie tylko będzie miało duży wpływ na obniżenie się samooceny, która wtórnie może też wpływać na gorsze funkcjonowanie dziewcząt z anoreksją, ale będzie też prowadziło do szukania takich obszarów, w których będą one spełniać stawiane im wymagania, np. dotyczące wzorców idealnego wyglądu czy też dążenia do bycia grzecznym i dobrze uczącym się dzieckiem. O tym, że „Ja społeczne” ma dla dziewcząt z anoreksją szczególne znaczenie, można przypuszczać na podstawie jego związku z samooceną, zarówno ogólną, jak i osobistą.

Podsumowanie

Wielu autorów zwraca uwagę na problem zanizonej samooceny u osób chorujących

Résumé

Objectif. L'auteur présente les résultats des recherches concernant l'auto-estimation et ses relations avec l'image de soi des filles souffrant de l'anorexie nerveuse (diagnostiquées d'après les critères de DSM-IV) et des filles saines.

Méthode. Chaque groupe compte 30 personnes. Elles sont examinées à l'aide du questionnaire de Battle (the Culture-Free Self-Esteem Inventory) qui analyse trois aspects de l'auto-estimation: général, personnel et social.

Résultats. Ces recherches attentent l'auto-estimation abaissée dans tous ses aspects des filles souffrant de l'anorexie nerveuse.

Conclusion. Cette l'auto-estimation abaissée des filles avec l'anorexie nerveuse peut se lier avec leur sphère émotionnelle et aussi avec leurs relations sociales.

Piśmiennictwo

1. Yellowless A. *Working with eating disorders and self-esteem*. Dunstable, UK: Folens Publishers, Albert House, Apex Business Centre, Boscombe Road, 1997.
2. Yellowless A. *Working with eating disorders and self-esteem*. The 4th London International Conference on Eating Disorders; 1999.
3. Wren B, Lask B. *Aetiology*. W: Lask B, Bryant-Waugh R, red. *Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders*. Hove (UK), Hillsdale (USA): Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1993.
4. Slade PD. *Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. *Brit. J. Clin. Psychoz.* 1982; 21: 167–179.
5. Iniewicz G. *W stronę integracji podejść – modele anoreksji*. *Psychoter.* 1998; 2: 29–40.
6. Glendinning L, Phillips M. *Nursing management*. W: Lask B, Bryant-Waugh R, red. *Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders*. Hove (UK), Hillsdale (USA): Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 1993.
7. Casper RC, Offer D, Ostrov E. *The self-image of adolescents with acute anorexia nervosa*. *J. Paediatr.* 1981; 98: 656–661.
8. Bruch H. *Preconditions for the development of anorexia nervosa*. *Am. J. Psychoanal.* 1980; 40: 169–172.
9. Geller J, Cockell SJ, Goldner EM. *Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa*. *Inter. J. Eat. Dis.* 2000; 28: 8–19.
10. Noordenbos G. *Important factors in the process of recovery according to patients with anorexia nervosa*. W: Herzog W, Deter HC, Vandereycken W, red. *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 1992.
11. Shapiro DH Jr, Blinder BJ, Hagman J, Pituck S. *A psychological „sense-of-control” profile of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa*. *Psychol. Rep.* 1993; 73: 531–541.
12. Casper RC, Hedeker D, McClough JF. *Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1992; 5: 830–840.
13. Ham T, van der, Strien DC, van, Engeland H, van. *Personality characteristic predict outcome of eating disorders in adolescents: A 4-year prospective study*. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 1998; 7: 79–84.
14. Battle J. *Cultural-free Self-esteem Inventories for Children and Adults*. Seattle, WA: Special Child Publ.; 1981.
15. Battle J. *Self-esteem: The new revolution*. Edmonton, Alberta: James Battle and Associates; 1990.
16. Gallatin J. *Abnormal psychology. Concepts, issues, trends*. New York: Macmillan Publishing

- Co., London: Collier Macmillan Publishers; 1982.
17. Wolska M. *Cechy indywidualne pacjentów z zaburzeniami odżywiania się*. W: Józefik B, red. *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1996.
 18. Arondeus J, Weeda-Mannak W. *Female sex-role conflicts and eating disorders*. W: Dolan B, Gitzinger, red. *Why women? Gender issues and eating disorders*. London: European Council on Eating Disorders; 1991.
 19. Dolan B, Gitzinger. *Why women? Gender issues and eating disorders*. London: European Council on Eating Disorders; 1991.
 20. Ogden J, Steward J. *The role of the mother–daughter relationship in explaining weight concern*. *Int. J. Eat. Dis.* 1999; 28: 78–83.
 21. Józefik B, Iniewicz G, Namysłowska I, Ułasińska R. *Obraz relacji rodzinnych w oczach rodziców pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną – część I*. *Psychiatr. Pol.* 2002; 1: 51–64.
 22. Iniewicz G, Józefik B, Namysłowska I, Ułasińska R. *Obraz relacji rodzinnych w oczach pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną – część II*. *Psychiatr. Pol.* 2002; 1: 65–81.

Otrzymano: 4.02.2004

Zrecenzowano: 2.06.2004

Przyjęto do druku: 18.02.2005

Adres: Instytut Psychologii UJ
31-120 Kraków, al. Mickiewicza

