

Poczucie własnej wartości, strategie radzenia sobie ze stresem i ekspresja złości u francuskich pacjentek chorych na jadłowstręt psychiczny*

Self-esteem, strategies of coping and feeling of anger in French patients with anorexia nervosa

Anna Brytek

Katedra Psychologii Zdrowia Uniwersytetu w Metz (Francja)
Kierownik: prof. dr hab. E. Spitz

Summary

Aim. The aim of this study is to evaluate and compare self-esteem, coping strategies and feeling of anger in French populations with anorexia nervosa.

Method. Thirty two adolescents with anorexia nervosa were investigated during their hospitalisation in the Psychiatric Department of the Hospital Sainte-Croix of Metz and of the Hospital of Children of Nancy-Brabois. The control group consisted of 57 French students of the University of Verlaine Paul in Metz. An anonymous questionnaire form concerning family life, the state of health and course of illness, the Self Esteem Inventory by Coopersmith (1984), the Brief COPE by Carver (1997) and the Self Expression Control Scale by Van Elderen et al. (1997) were applied to 89 women.

Results and conclusion. The results showed that there are statistically significant differences between self-esteem, coping strategies and feeling of anger in French anorexics and the French group control. French anorectic adolescents show low social, familial and general self-esteem. They can be described as making less use of acceptance, humour and focus on and venting of emotions as the coping strategies, as usually not reinterpreting the situation positively in order to deal with emotional distress (do not use the coping strategy of positive reinterpretation) and as reducing their efforts to cope with the situation (behavioural disengagement). French anorexics conceptualise their anger against themselves (the interiorisation of anger).

Słowa klucze: poczucie własnej wartości, strategie radzenia sobie ze stresem, ekspresja złości
Key words: self-esteem, coping, anger

Wstęp

Poczucie własnej wartości stanowi indywidualny osąd zalet wyrażających się w postawach, w które człowiek ma wgląd [1], a do których należą akceptacja, miłość, szacunek i zaufanie do siebie, a także wiara we własne możliwości [2]. Poczucie

* Badanie nie było sponsorowane

własnej wartości określa to, kim czuje się i kim jest dana osoba, traktowane jest zatem jako kluczowa wartość rozwoju osobowościowego. Ponadto odgrywa zasadniczą rolę w samopoczuciu emocjonalnym, psychicznym i fizycznym jednostki, ponieważ to właśnie dzięki niemu podnosi ona albo pomniejsza swoją wartość, w zależności od sytuacji, w jakiej się znajduje, bądź też w zależności od tego, jakie zdanie ma o sobie („nie akceptuję siebie, ponieważ nie jestem wystarczająco szczupła”), oraz od tego, jakie pragnęłaby mieć („będę wystarczająco szczupła, więc się zaakceptuję”). Na stopień samozadowolenia jednostki wpływa również (u cierpiących na zaburzenia odżywiania się w głównej mierze) obraz jej osoby w oczach innych. W tym ujęciu percepcja samego siebie zdeterminowana jest oceną drugiego człowieka.

Jadłowstręt psychiczny polega na destrukcji cielesnej i staje się dla dziewczyny warunkiem zmanifestowania własnej tożsamości. W oryginalnym sposobie prezentacji samej siebie (szczupła sylwetka) dziewczyna odczuwa możliwość poznania własnego „ja” i zdobycia akceptacji innych osób. Poczucie uzyskania władzy nad jedzeniem oraz nad własnym ciałem jest dla niej powodem do szczególnej, wzrastającej satysfakcji i dumy. Destruktywne działania prowadzą do reinterpretacji – samoocena chorej na anoreksję wzrasta, nie osiąga jednak poziomu wystarczającego do uwierzenia w siebie. W konsekwencji podejmuje ona kolejne wyrzeczenia, aby udowodnić sobie, że stać ją na więcej (gdyby wskaźnik własnej wartości był wyższy, nie miałoby miejsca dalsze destruktywne działanie). Osobę z jadłowstrętem psychicznym charakteryzuje niska samoocena i trudności w zaakceptowaniu siebie [3–7]. Poświęcenie całej uwagi diecie sprowadza kwestię niejedzenia na pierwszy plan i tym samym powoduje niedostrzeżenie innych, wcześniej nurtujących problemów. Choroba pełni więc formę ucieczki przed świadomością bycia niepotrzebną i niekochaną.

Lazarus i Folkman [8] radzenie sobie ze stresem (*coping*) definiują jako procesy kognitywne i behawioralne, pomocne w radzeniu sobie, redukowaniu albo tolerowaniu wymagań wewnętrznych i zewnętrznych, które zagrażają bądź przekraczają zasoby jednostki. Autorzy uważają, że ewaluacja wydarzenia (nie wydarzenie samo w sobie) powiązane z chorobą powoduje stres oraz reperkusje emocjonalne, poznawcze i behawioralne. W zależności od odpowiedzi jednostki na sytuację stresową istnieją dwa rodzaje strategii radzenia sobie ze stresem: pierwsza skoncentrowana jest na emocjach, czyli na odpowiedziach zorientowanych na reakcje emocjonalne, druga zaś – na problemie, czyli na odpowiedziach skierowanych na samo wydarzenie. Dziewczeta cierpiące na jadłowstręt psychiczny częściej używają strategii skoncentrowanych na emocjach aniżeli grupa kontrolna [9–12]. Endler i Parker [13] wyróżniają także strategie skoncentrowane na unikaniu. Wyrażają się one w tendencjach do skupiania się na czynnościach zastępczych, które mają na celu wystrzeżenie się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresującej (myślenie o sprawach przyjemnych, sen).

Trudności z wyrażaniem własnych stanów emocjonalnych, w tym także złości, występują u dziewcząt z anoreksją. Jeśli chodzi o sytuacje negatywne, chore wykazują dużo więcej atrybucji wewnętrznych (*internal attribution*) aniżeli grupa kontrolna [14].

Jako że w literaturze przedmiotu, zarówno psychologicznej, jak i medycznej, można znaleźć wiele badań dotyczących zaburzeń odżywiania się, autorka przeprowadziła porównawcze badania populacji francuskiej. W pracy skupiono się na zbadaniu

i porównaniu poczucia własnej wartości, strategii radzenia sobie ze stresem i ekspresji złości u dziewcząt cierpiących na anoreksję.

Grupa badana i metoda badań

Badanie objęło grupę 32 francuskich pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, leczonych na całodobowym oddziale w Szpitalu Świętego Krzyża w Metz (Hôpital Sainte-Croix de Metz) oraz na Oddziale Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Szpitalu Dziecięcym w Nancy-Brabois (Hôpital d'Enfants de Nancy-Brabois) na terenie Lotaryngii. Grupa kontrolna składała się z 57 studentek Uniwersytetu w Metz (tabela 1).

Tabela 1

Charakterystyka badanych grup

	Jadłowstręt psychiczny n = 32		Grupa kontrolna n = 57	
	M	SD	M	SD
Wiek w latach	17,66	1,30	20,84	1,91
Wskaźnik masy ciała (BMI)	16,69	2,31	21,41	2,82
Czas trwania choroby w miesiącach	24,02	21,51	-	-

Pogrubioną czcionką zaznaczono istotność różnic w stosunku do grupy kontrolnej.

Badanie, na które wszystkie dziewczęta wyraziły zgodę, poprzedziła anonimowa ankieta dotycząca życia rodzinnego, stanu zdrowia i przebiegu choroby. Ponadto w pracy wykorzystano Self-Esteem Inventory Coopersmitha [1], kwestionariusz radzenia sobie ze stresem BRIEF COPE C. S. Carvera [15] oraz Self-Expression Control Scale Van Elderen i wsp. [16].

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu SPSS wersja 12.0 (2004) oraz programu umożliwiającego obliczenie danych statystycznych (*logiciel informatique de lecture optique*) – Formic. W obliczeniach statystycznych posłużono się analizą wariancji ANOVA. Przyjęty poziom istotności p wynosił 0,05.

Wyniki

W wymiarach poczucia własnej wartości, strategii radzenia sobie ze stresem i ekspresji złości wystąpiły istotne statystycznie różnice w porównaniu z grupą kontrolną. Dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym mają niższe poczucie własnej wartości dotyczące sfery społecznej, rodzinnej i ogólnej „ja” (tabela 2).

W porównaniu z grupą kontrolną pacjentki z anoreksją w mniejszym stopniu używają strategii radzenia sobie ze stresem polegających na dezorganizacji zachowania, poczuciu humoru i akceptacji sytuacji. Dziewczęta te rzadziej reinterpreterują w sposób pozytywny sytuację, która ich spotyka, rzadziej też wyrażają własne uczucia i emocje (tabela 3).

W wymiarze interioryzacji złości adolescentki z jadłowstrętem psychicznym uzyskały wyższy wynik aniżeli grupa kontrolna (tabela 4).

Tabela 2

**Poczucie własnej wartości u dziewcząt z jądłowstrętym psychicznym
w porównaniu z grupą kontrolną**

Poczucie własnej wartości	Jądłowstręt psychiczny n = 32		Grupa kontrolna n = 57		Poziom istotności p
	M	SD	M	SD	
Ogólne poczucie własnej wartości	10,50	5,63	17,61	5,27	0,001
Spoleczne poczucie własnej wartości	4,37	2,01	6,15	1,50	0,001
Rodzinne poczucie własnej wartości	4,15	2,15	6,00	2,18	0,001
Zawodowe poczucie własnej wartości	4,87	1,89	5,52	1,80	NS
Skala kłamstwa	2,18	1,20	2,57	1,53	NS

Tabela 3

**Strategie radzenia sobie ze stresem u dziewcząt z jądłowstrętym psychicznym
w porównaniu z grupą kontrolną**

Strategie radzenia sobie ze stresem	Jądłowstręt psychiczny n = 32		Grupa kontrolna n = 57		Poziom istotności p
	M	SD	M	SD	
Coping aktywny	2,35	0,61	2,60	0,63	NS
Planowanie	2,43	0,64	2,56	0,72	NS
Szukanie emocjonalnego wsparcia	2,70	0,85	2,73	0,66	NS
Szukanie wsparcia społecznego	2,60	0,82	2,75	0,72	NS
Wyrażanie uczuć i emocji	2,29	0,60	2,64	0,73	0,01
Dezorganizacja zachowania	1,89	0,75	1,56	0,54	0,01
Wycofanie	2,62	0,69	2,72	0,52	NS
Pozytywna reinterpretacja	2,10	0,66	2,56	0,74	0,006
Poczucie humoru	1,53	0,60	2,07	0,77	0,001
Zaprzeczanie	2,01	0,70	1,84	0,74	NS
Akceptacja	2,09	0,60	2,58	0,80	0,001
Religia	1,56	0,82	1,61	0,76	NS
Używanie substancji psychoaktywnych	1,50	0,80	1,44	0,72	NS

Tabela 4

Ekspresja złości u dziewcząt z jądłowstrętym psychicznym w porównaniu z grupą kontrolną

Ekspresja złości	Jądłowstręt psychiczny n = 32		Grupa kontrolna n = 57		Poziom istotności p
	M	SD	M	SD	
Eksterioryzacja złości	2,23	0,86	2,19	0,73	NS
Interioryzacja złości	2,81	0,85	2,08	0,68	0,001
Kontrola eksterioryzacji złości	2,57	0,84	2,67	0,76	NS
Kontrola interioryzacji złości	2,76	0,76	2,81	0,76	NS

Omówienie wyników

Otrzymane wyniki dotyczące poczucia własnej wartości wykazują, iż u dziewcząt narodowości francuskiej cierpiących na jądłowstręt psychiczny zakłócona jest struktura

„ja”. Mają one niskie poczucie własnej wartości w sferze społecznej i rodzinnej. Niskie „ja społeczne”, związane z uwzględnianiem opinii innych osób, przyjmowaniem ich punktu widzenia, sprawia, że chore bardzo przejmują się tym, co ludzie sądzą o ich wyglądzie, zachowaniu, sposobie bycia itp. Rodzaj otrzymywanych informacji zwrotnych (*feed-back*) oraz sposób ich interpretowania również silnie działa na ich obraz własnej osoby. Rosnąca samoświadomość prowadzi do bardziej krytycznej samooceny, a w konsekwencji do spadku poczucia własnej wartości. Co do „ja rodzinnego”, najwięcej zwolenników ma pogląd, że przyczynę anoreksji stanowi nieprawidłowa rodzina [17–20]. Życie dziewczyny jest całkowicie wypełnione i polega na realizacji obowiązków (praca traktowana jest na równi z przyjemnościami), dlatego nie ma już czasu ani miejsca na realizowanie tego, czego naprawdę pragnie. Odczuwa pustkę życia duchowego. Żeby ją zapełnić, podejmuje wiele działań: jest hiperaktywna, uczęszcza na różne dodatkowe zajęcia. Przez swój utrzymujący się opór anorektyczka manifestuje swoją egzystencję. Kiedy odmawia jedzenia, usiłuje powiedzieć to, co chce: słowa, które świadczą o byciu człowiekiem, o byciu osobą z pragnieniami, a nie tylko z potrzebami. Niskie poczucie własnej wartości dotyczące sfery rodzinnej może wynikać z charakteru rodziny (rodzina nadopiekuńcza, „zasnurowana”, sztywna) i relacji, jakie w niej panują (nadmierna protekcja dziecka, ingerencja w jego przeżycia psychiczne; intensywny styl bycia razem; nieprawidłowo zdefiniowane i odgrywane role – dominująca matka, słaba rola mężczyzny jako partnera i ojca, z narzuceniem podporządkowania i tłumieniem indywidualnych dążeń; silne przywiązanie do utrzymania niezmiennego status quo rodziny, które łączy się z zaprzeczaniem i skrywaniem istotnych konfliktów). Niskie ogólne poczucie własnej wartości u dziewcząt z anoreksją psychiczną zostało potwierdzone także przez innych autorów [21, 22].

W porównaniu z grupą kontrolną chore Francuzki rzadziej wykorzystują poczucie humoru jako jedną ze strategii radzenia sobie ze stresem. Rzadziej reinterpretują w sposób pozytywny sytuację (chorobę), która ich spotyka i w mniejszym stopniu akceptują jej realność. Jednym słowem, nie akceptują własnego stanu (pragnienie bycia zdrową bądź jeszcze szczuplejszą). Rzadziej też używają strategii radzenia sobie ze stresem polegających na wyrażaniu uczuć i emocji. Ponadto mają tendencję do niepodejmowania jakichkolwiek działań w związku z nieprzyjemną sytuacją i w konsekwencji – zostają przez nią zdominowane i przytłoczone. Przypuszczać można, że dziewczęta nie czują się zdolne do znalezienia adekwatnego rozwiązania. Pasywnie przyjmują wszelkie zdarzenia i nie wierzą, że są w stanie zmienić stan rzeczy, rozpoczynając od spojrzenia na sytuację z mniej negatywnej strony.

Jak wynika z zaprezentowanego w niniejszym artykule badania, dziewczęta narodowości francuskiej cierpiące na anoreksję nie próbują zwalczać stresującej sytuacji aktywnymi strategiami, to znaczy koncentrującymi się na znalezieniu rozwiązania bądź na planowaniu kolejnych etapów rozwiązania problemu. Posługują się strategiami radzenia sobie ze stresem skoncentrowanymi na emocjach (pozytywna reinterpretacja, wyrażanie uczuć i emocji, dezorganizacja zachowania). W taki właśnie sposób unikają sytuacji, które doprowadziły do napięcia emocjonalnego.

Badane dziewczęta bardziej uwewnętrzniają swoją złość niż grupa kontrolna. Uważają, że są dużo bardziej rozgniewane niż myślą inni, i im samym to się wydaje, zamykają się w sobie, nie stawiają innym zarzutów, „gotują się” wewnątrz, nic nie dając po sobie poznać. Autorzy dotychczasowych badań [23] potwierdzają obecność interioryzacji złości u chorych na jadłowstręt psychiczny.

Otrzymane wyniki świadczą o roli czynników wywołujących i zarazem podtrzymujących anoreksję w badanej grupie francuskiej. W procesie terapii chorych na jadłowstręt psychiczny należy wziąć pod uwagę ich niskie poczucie własnej wartości (zwłaszcza w sferze rodzinnej i społecznej), dezadaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem oraz nieokazywanie złości. Tego typu zachowania pełnić mogą rolę mechanizmów obronnych przed reakcją na sytuacje konfliktowe, przykre, z którymi jednostka nie potrafi sobie poradzić. Interesująca wydaje się zatem praca polegająca na zmianie owych zachowań oraz skierowaniu ich na rozwiązanie problemu, a nie jego unikanie.

Wnioski

Jadłowstręt psychiczny jest nierozzerwalnie zespolony zarówno z niskim poczuciem własnej wartości, potrzebą akceptacji, jak i niemożnością radzenia sobie z własnymi emocjami oraz osobistymi problemami i uczuciami (mało adaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem, interioryzacja złości).

Чувство собственной полноценности, стратегии борьбы со стрессом и экспрессия злости у французских пациенток с психической анорексией

Содержание

Задание. Исследование и сравнение чувства собственной полноценности, стратегии борьбы со стрессом и экспрессии злости у девушек французской национальности с психической анорексией.

Метод. Исследования проведены у 32 девушек, госпитализированных в Психиатрическом отделении больницы Святого Креста в г. Метц и Детской больницы в г. Нанси-Брабоа. Контрольная группа состояла из 37 студенток Университета Паола Вертен в г. Метц. В исследованиях использована анонимная анкета, относящаяся к таким данным как семейная жизнь, состояние здоровья и течения болезни, глоссарий Self-Esteem Inventory Coopersmitha (1984 год), глоссарий Бреф COPE Карвера (1997 год) и Self-Expression Control Scane Van Elderen (1997 год).

Результаты и выводы. Обнаружены существенные статистические различия между чувством собственной полноценности, стратегиями борьбы со стрессом и экспрессией злости у французских пациенток с психической анорексией и французской контрольной группой. Девушки с психической анорексией отличаются низким чувством собственной полноценности, относящейся к общественной сфере, семейного положения, а также „общего Я” Девушки не акцептируют себя в окружении сверстников, не обладают чувством юмора и эмоции, а также чувственных проявлений как стратегии борьбы со стрессом. Они считают себя неспособными к правильной оценке ситуации позитивным образом и не умеют справиться со своими усилиями их преодоления, не могут оценить дискомфортное состояние (отсутствие предприятия действий), а также скрыть свою злость

Selbstwertgefühl, Strategien der Selbsthilfe beim Stress und Wutausdruck bei französischen an Anorexia nervosa kranken Patientinnen

Zusammenfassung

Ziel. Studie und Vergleich des Selbstwertgefühles, Strategie der Stress - Selbsthilfe und Wutausdruck bei Mädchen französischer Staatsangehörigkeit, die an Anorexia nervosa leiden.

Methode. An der Studie nahmen 32 Adolescentinnen teil, die in der Abteilung für Psychiatrie des Krankenhauses des Heiligen Kreuzes in Metz und des Kinderkrankenhauses in Nancy - Brabois

hospitalisiert wurden. Die Kontrollgruppe zählte 57 Studentinnen der Paul Verlaine - Universität in Metz. Bei der Studie wurden eine anonyme Umfrage zum Familienleben, zur Gesundheit, zum Krankheitsverlauf, Fragebogen Self - Esteem Inventory von Coopersmith (1984), Brief COPE Fragebogen von Carver (1997) und Self - Expression Control Scale von Van Elderen et al. (1997) angewandt.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen. Es gibt statistisch signifikante Unterschiede zwischen dem Selbstwertgefühl, Strategien der Stress - Selbsthilfe und Wutausdruck bei französischen Patientinnen mit Anorexia nervosa und der französischen Kontrollgruppe. Die Adolescentinnen mit Anorexia nervosa haben ein niedriges Selbstwertgefühl der sozialen, familiären Sphäre und des "allgemeinen Ichs". Diese Mädchen kann man als solche beschreiben, die weniger Akzeptation gebrauchen, die weniger Humor und Gefühle und Emotionen als Stress - Selbsthilfe benutzen, die die Situation weniger positiv reinterpreten, die ihren Ärger nach außen zeigen und die ihre Bemühungen reduzieren, um eine diskomfortable Situation zu überwinden (Mangel an Handlungen).

L'auto-estimation, les stratégies de se débrouiller avec le stress et l'expression de la colère des patientes françaises souffrant de l'anorexie nerveuse

Résumé

Objectif. Analyser et comparer l'auto-estimation, les stratégies de se débrouiller avec le stress et l'expression de la colère de jeunes filles françaises souffrant de l'anorexie nerveuse.

Méthode. On examine le groupe de 32 jeunes filles hospitalisées à L'Hôpital de la Sainte Croix de Metz et à L'Hôpital des Enfants de Nancy-Brabois. Le groupe de contrôle est formé par les étudiantes (57) de l'Université de Paul Verlaine de Metz. On utilise : enquête anonyme touchant la vie en famille, l'état de santé et le parcours de la maladie, questionnaire Self-Esteem Inventory de Coopersmith(1984), questionnaire Brief COPE de Carver (1997), Self-Expression Control Scale de Van Eldren et collab. (1997).

Résultats et Conclusions. On constate l'existence de grandes différences de l'auto-estimation, des stratégies de se débrouiller avec le stress et de l'expression de la colère des patientes et des étudiantes du groupe de contrôle. Les patientes souffrant de l'anorexie nerveuse ont le niveau très abaissé de l'auto-estimation touchant la sphère familiale, sociale et leur « ego » en général. Ces filles ne se servent pas de l'acceptation, du sentiment d'humeur, de l'expression des émotions comme stratégies de se débrouiller avec le stress. Elles n'interprètent pas de circonstances comme positives et elles réduisent leur effort pour se débrouiller avec leurs problèmes ainsi qu'elles n'expriment pas leur colère.

Piśmiennictwo

1. Coopersmith S. *Manuel d'Inventaire d'Estime de Soi*. Paris: CPA; 1984.
2. Lelord F, André F. *L'estime de soi. S'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Paris: Odile Jacob; 1998.
3. Eiber R, Vera L, Mirabel-Sarron C, Guelfi JD. *Estime de soi: étude comparative entre patients avec troubles de conduites alimentaires et phobiques sociaux*. L'Encéphale 2003; 29: 34-41.
4. Ghaderi A. *Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorder*. Eat. Behav. 2002; 80: 1-10.
5. Newns K, Bell L, Thomas S. *The impact of a self-esteem group for people with eating disorders: an uncontrolled study*. Clin. Psychol. Psychot. 2003; 10: 64-68.
6. Rosen JC, Ramizer E. *A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment*. J. Psychosom. Res. 1998; 44 (3/4): 441-449.
7. Ross M, Wade TD. *Shape and weight concern and self-esteem as mediators of externalized self-perception, dietary restraint and uncontrolled eating*. Eur. Eat. Disord. Rev. 2004; 12 (2): 129-138.

8. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
9. Brytek A. *Contribution des modèles sur l'autorégulation du comportement dans la compréhension des troubles alimentaires. Perspectives interculturelles*. Niepublikowana praca doktorska. Université Paul Verlaine – Metz, France, 2005.
10. Espelage DE, Quittner AL, Sherman R, Thompson R. *Assessment of problematic situations and coping strategies in women with eating disorders: initial validation of a Situation-Specific Problem Inventory*. J. Psychopathol. Behav. Assess. 2000; 22 (3): 271–297.
11. Koff E, Sangani P. *Effect of coping style and negative body image on eating disturbance*. Int. J. Eat. Disord. 1997; 22: 51–56.
12. Mayhew R, Edelman RJ. *Self-esteem, irrational beliefs, and coping strategies in relation to eating problems in a non-clinical population*. Pers. Individ. Differ. 1989; 10: 581–584.
13. Endler NS, Parker JA. *Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation*. J. Person. Soc. Psychol. 1990; 58: 844–854.
14. Dalgleish T, Tchanturia K, Serpell L, Hems S, de Silva P, Treasure J. *Perceived control over events in the world in patients with eating disorders: a preliminary study*. Pers. Individ. Differ. 2001; 31: 453–460.
15. Carver CS. *You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE*. Int. J. Behav. Med. 1997; 4: 92–100.
16. Van Elderen T, Maes S, Komprou I, Van Der Kamp L. *The development of an anger expression and control scale*. Brit. J. Health Psychiatr. 1997, 2: 269–281.
17. Minuchin S, Rosman B, Barker L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
18. Brusset B. *L'assiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Toulouse: Sciences de l'Homme Privat; 1977.
19. Selvini-Palazzoli M. *L'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli; 1981.
20. Selvini-Palazzoli M. *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Cortina; 1988.
21. Geller J, Zaitsoff SL, Srikaneswaran S. *Beyond shape and weight: exploring the relationship between nonbody determinants of self-esteem and eating disorder symptoms in adolescent females*. Int. J. Eat. Disord. 2002; 32: 334–351.
22. Zitsoff SL, Geller J, Srikaneswaran S. *Silencing the self and suppressed anger: relationship to eating disorder symptoms in adolescent females*. Eur. Eat. Disord. Rev. 2002; 10 (1): 51–60.
23. Geller J, Cockell SJ, Hewitt PL, Goldner EM, Flett GL. *Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa*. Int. J. Eat. Disord. 2000; 28 (1): 8–19.

Otrzymano: 18.10.2005
Zrecenzowano: 5.11.2005
Przyjęto do druku: 1.03.2006

Adres: Uniwersytet Śląski
Instytut Psychologii. Zakład Psychologii Ogólnej
40-126 Katowice, ul. Grażyńskiego 53