

Obraz siebie dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną

Self-image of 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 some aspects of self-image between female adolescents with anorexia nervosa (who meet criteria of DSM-IV) and their healthy peers.

Method: Each group consisted of 30 individuals. They completed the Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents (OSIQ). It is a self-descriptive personality test that can be used for measuring the adjustment of adolescents between the ages of thirteen and nineteen.

Results: The study revealed some interesting differences between groups. They refer mainly to emotional aspects of their functioning.

Conclusions: The basic conclusion is that self-image of anorectic girls is much more disturbed than of the healthy girls. Significant differences are presented and discussed according to the literature.

Słowa klucze: anoreksja psychiczna, obraz siebie

Key words: anorexia nervosa, self-image

Wstęp

Systematyczne badania naukowe nad zaburzeniami jedzenia rozpoczęły się na przełomie lat 60. i 70. głównie w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej. Choć w Polsce obserwujemy od lat 90. wzrost zainteresowania tymi chorobami, wciąż liczba badań empirycznych, poświęconych zarówno anoreksji, jak i bulimii psychicznej, nie jest duża.

Podjęcie badań w naszym kontekście kulturowym wydało mi się interesujące z powodu, akcentowanego przez wielu badaczy, dużego wpływu czynników społeczno-kulturowych na pojawianie się i przebieg zaburzeń jedzenia [1, 2, 3, 4, 5].

Drugim istotnym powodem podjęcia badań był fakt, iż część zaburzeń opisywanych u cierpiących z powodu anoreksji lub bulimii można zaobserwować również u zdrowych osób w okresie dojrzewania, chociaż, jak się wydaje, w mniejszym nasileniu [6, 7, 8, 9]. Tu również możemy podejrzewać znaczący wpływ czynników społeczno-kulturowych [10].

Według Reykowskiego [11, 12] przy tworzeniu charakterystyki osobowości nie wystarczy charakterystyka czyichś potrzeb, motywów i postaw, ale konieczne jest przede wszystkim uwzględnienie struktur poznawczych regulujących zachowanie. Aby zrozumieć zachowanie człowieka, nie wystarczy tylko poznanie tego, jak spostrzega on świat. Równie istotne jest to, jak spostrzega on samego siebie. To, jak dana osoba spostrzega i rozumie siebie samą, określa się mianem „obrazu własnej osoby” lub „pojęciem o własnym ja”. Ma ono dwa źródła. Pierwszym z nich jest własne doświadczenie człowieka, drugim – informacje o sobie uzyskane od innych ludzi, zwłaszcza od osób znaczących.

Zarówno istotny wpływ czynników społeczno-kulturowych na występowanie i przebieg zaburzeń jedzenia, jak i podobieństwo niektórych objawów zaburzeń jedzenia do zachowań spotykanych u osób w trakcie prawidłowo przebiegającego okresu dojrzewania wpłynęły na wybranie przez mnie jako celu moich badań porównania niektórych aspektów obrazu samego siebie osób chorujących na anoreksję psychiczną i ich zdrowych rówieśników.

Dzięki tłumaczeniom kwestionariusza Offera służącego do badania obrazu samych siebie u młodzieży, który został użyty w prezentowanych badaniach, istnieje możliwość porównania uzyskanych wyników z wynikami innych autorów [13, 14], do czego powrócę w dalszej części artykułu.

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 30 dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną, rozpoznawaną zgodnie z kryteriami klasyfikacyjnymi DSM-IV [15]. Przy doborze grupy badanej oparłem się na diagnozie medycznej, ponieważ wyklucza ona zaburzenia jedzenia jako objaw innej choroby, zarówno psychicznej (np. jako początek schizofrenii), jak i somatycznej (np. nadczynność tarczycy czy cukrzyca). Grupa kontrolna składała się z 30 zdrowych dziewcząt, dobranych do pary z dziewczętami z grupy badanej. W celu uzyskania jak największego podobieństwa pomiędzy grupami dobór odbywał się z uwzględnieniem podstawowych danych demograficznych i rodzinnych: wieku, klasy szkolnej, pozycji wśród rodzeństwa, miejsca zamieszkania, wykształcenia i zawodu rodziców.

Badane dziewczęta były w wieku od 16 do 19 lat. W obu grupach średnia wieku wynosiła 17,07 roku (SD=1,14). Prawie połowa dziewcząt w każdej grupie (43%) miała 16 lat. Wprawdzie dyskusyjny wydaje się wpływ pozycji wśród rodzeństwa na funkcjonowanie jednostek, niemniej przy doborze grupy kontrolnej ta zmienna została wzięta pod uwagę. Ponad połowa dziewcząt z obu grup była najmłodsza z rodzeństwa (60%).

Metoda

W badaniach zastosowano kwestionariusz Offera służący do badania obrazu samych siebie u młodzieży (The Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents) [16, 17]. Opiera się on na dwóch założeniach. Po pierwsze, konieczne jest badanie jednostek w różnych obszarach ich funkcjonowania, gdyż w niektórych mogą sobie one dobrze radzić, podczas gdy w innych ich funkcjonowanie może być z różnych przyczyn zaburzone. Po drugie, świadomość osób w wieku dojrzewania jest wystarczająca, aby narzędzie typu self-report mogło być zastosowane do badania. Empiryczne badania z wykorzystaniem omawianego narzędzia potwierdziły powyższe przypuszczenia.

Kwestionariusz służy do badania młodzieży między 13 a 19 rokiem życia. Składa się ze 130 twierdzeń odnoszących się do obrazu własnej osoby. Poszczególne skale składają się mniej więcej w połowie z twierdzeń pozytywnie opisujących badaną osobę i w połowie – opisujących negatywnie. Kwestionariusz jest narzędziem dostarczającym informacji na temat tego, jak osoba badana przeżywa różne obszary swojego ja i swojego funkcjonowania społecznego.

Adaptację kwestionariusza do polskich warunków przeprowadziła W. Badura-Madej [18]. Współczynniki Cronbacha alpha poszczególnych skal, z podziałem na grupy według płci i wieku, w wersji oryginalnej zostały zamieszczone w podręczniku do kwestionariusza [17], w wersji polskiej – w maszynopisie podręcznika do kwestionariusza. Współczynniki te wskazują, iż kwestionariusz ma zadowalające parametry statystyczne.

Narzędzie składa się z 11 skal, wyróżnionych na podstawie teoretycznych przypuszczeń, które zostały przyporządkowane 5 obszarom obrazu własnej osoby:

- Ja psychologiczne (psychological self) – odnosi się do uczuć, pragnień, fantazji, doświadczeń jednostki i jej stosunku do własnej emocjonalności, własnego ciała i poczucia kontroli impulsów emocjonalnych; składają się na nie skale: kontrola emocjonalna, zrównoważenie emocjonalne, obraz własnego ciała.
- Ja społeczne (social self) – odnosi się do przeżyć jednostki związanych z podejmowaniem relacji z rówieśnikami, wartościami, którymi się kieruje, oraz planów na przyszłość; składają się na nie skale: relacje społeczne, morale¹, cele: wykształcenie i zawód.
- Ja seksualne (sexual self) – odnosi się do stopnia zintegrowania popędu seksualnego; pytania koncentrują się wokół tego, jak badany czuje się z seksualnymi doświadczeniami i zachowaniami, tworzy je skala: stosunek do spraw seksualnych.
- Ja rodzinne (familial self) – opisuje rodzaj związku badanego z rodzicami, przeżywane w stosunku do nich emocje oraz emocjonalny klimat w domu, tworzy je skala: relacje rodzinne.
- Mechanizmy radzenia sobie (coping self) – odnosi się do stopnia radzenia sobie z frustracjami; tworzą je skale: przystosowanie do świata zewnętrznego, psychopatologia, przystosowanie.

¹ Skala ta została wyłączona w porównaniach transkulturowych ze względu na małą trafność i dużą zależność od kontekstu socjokulturowego.

Wyniki badań

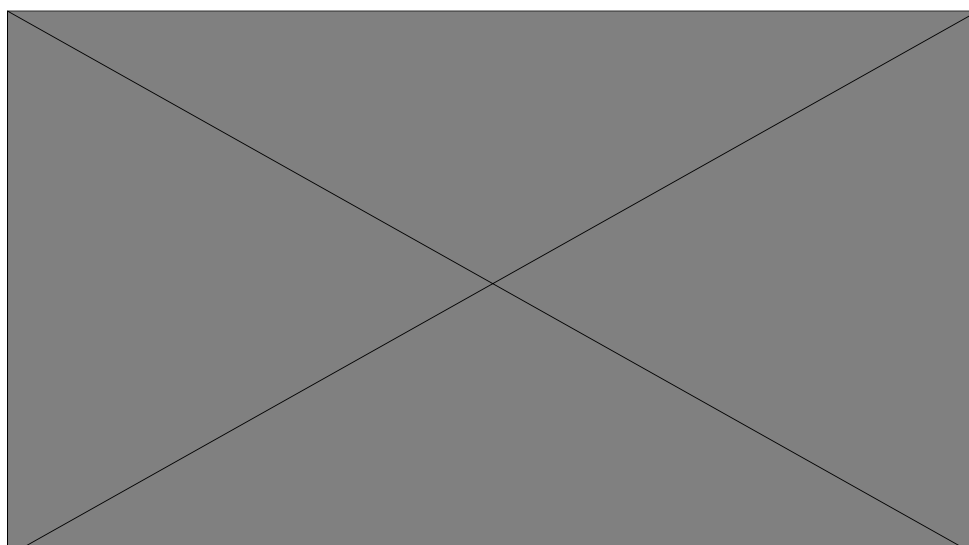
Podstawą opisu sposobu przeżywania wybranych obszarów obrazu własnej osoby przez badane grupy był kwestionariusz Offera służący do badania obrazu samych siebie u młodzieży.

Tabela 1
Średnie, odchylenia standardowe i istotność różnic* w skalach kwestionariusza Offera u dziewcząt z grupy badanej i kontrolnej**

	GRUPA BADANA M (SD)	GRUPA KONTROLNA M (SD)	t	p
Kontrola emocjonalna	22,71 (6,46)	19,78 (6,40)	2,71	p < 0,01
Zrównowazenie emocjonalne	22,78 (6,11)	20,71 (6,72)	4,21	p < 0,01
Obszernego ciała	21,70 (6,22)	24,43 (6,44)	4,44	p < 0,01
Relacje społeczne	21,21 (7,22)	22,78 (6,72)	2,72	p < 0,01
Cele: wykształcenie, zawód	18,71 (6,11)	16,78 (6,42)	1,22	nl.
Postawy seksualne	22,72 (7,22)	22,78 (6,12)	2,22	p < 0,01
Relacje rodzinne	22,71 (14,22)	22,72 (10,12)	1,22	nl.
Kontrola ciała zewn.	18,70 (4,12)	18,72 (6,46)	2,22	p < 0,05
Psychopedagogia	22,72 (6,11)	24,22 (6,21)	2,72	p < 0,01
Przygotowanie	22,71 (6,22)	21,72 (6,12)	1,22	nl.

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

** Niższy wynik uzyskany w kwestionariuszu Offera wskazuje na lepsze funkcjonowanie badanych w danym wymiarze



Wykres 1. Średnie wyniki uzyskane przez badanych w kwestionariuszu Offera

We wszystkich skalach grupa badana uzyskała wyższe wyniki (tabela 1, wykres 1), co wskazuje na to, że dziewczęta chorujące na anoreksję gorzej funkcjonują w poszczególnych obszarach w porównaniu ze zdrowymi rówieśniczkami. Różnice statystycznie istotne wystąpiły w średnich wynikach w siedmiu skalach na dziesięć. Są to: kontrola emocjonalna, zrównoważenie emocjonalne, obraz własnego ciała, relacje społeczne, postawy seksualne, kontrola świata zewnętrznego i psychopatologia. We wszystkich tych skalach, oprócz ostatniej, odchylenia standardowe wskazują na małe zróżnicowanie wyników. W skali „psychopatologia” zaznacza się większe zróżnicowanie wyników w grupie dziewcząt z anoreksją. Średnie nie różniły się w skalach: wykształcenie i zawód, relacje rodzinne i przystosowanie. W skali „relacje rodzinne” odchylenia standardowe wskazują na większe zróżnicowanie wyników w grupie dziewcząt z anoreksją.

Omówienie wyników

Uzyskane w kwestionariuszu Offera wyniki wskazują na szereg różnic w obrazie własnej osoby pomiędzy dziewczętami chorującymi na anoreksję a ich zdrowymi rówieśniczkami.

Pierwszy, wyróżniony przez Offera i mierzony za pomocą jego kwestionariusza, obszar to „Ja psychologiczne”, związany z uczuciami, pragnieniami, fantazjami jednostki, a także z jej doświadczeniami i stosunkiem do własnej emocjonalności, poczuciem kontroli i cielesności. Kontrola impulsów emocjonalnych u dziewcząt chorujących na anoreksję w porównaniu ze zdrowymi rówieśniczkami wydaje się słabsza i dlatego mogą u nich występować zachowania pozostające pod silnym wpływem przeżywanych emocji. Podobnie osłabiona wydaje się być tolerancja na frustrację, z czego może wynikać trudność w kierowaniu swoimi działaniami w sytuacjach związanych z dużym napięciem emocjonalnym, koniecznością wprowadzenia jakichś zmian czy w sytuacjach, gdy osiągnięcie celu z różnych powodów jest dla nich bardzo istotne.

Mechanizmy obronne dziewcząt chorujących na anoreksję wydają się słabe lub/i niedojrzałe. Używając terminów psychoanalitycznych, osoby te można scharakteryzować jako posiadające słabe ego. Stopień zrównoważenia emocjonalnego jest niski, stąd ich nastroj może się gwałtownie zmieniać. W klimacie emocjonalnym dominują negatywne emocje utrudniające przeżywanie satysfakcjonujących, pozytywnych uczuć. Doświadczenie własnego ciała i przemian związanych z dojrzewaniem napawa chore na anoreksję niepokojem i niepewnością. Cielesność jest źródłem raczej negatywnych niż pozytywnych przeżyć.

Potwierzeń tych przypuszczeń dostarczają wyniki uzyskane w wymiarze mechanizmów radzenia sobie, sugerują one bowiem, że dziewczęta z anoreksją nie radzą sobie z przeżywanymi frustracjami, których źródła tkwią w świecie zewnętrznym. Poziom psychopatologii, rozumianej jako częste przeżywanie negatywnych emocji w stosunku do siebie i w relacjach z innymi ludźmi, wskazuje, iż system mechanizmów radzenia sobie jest słabo rozwinięty lub nieadekwatny.

Obszar „Ja społecznego” związany jest z relacjami z rówieśnikami oraz planami na przyszłość. Uzyskane wyniki wskazują, iż relacje z rówieśnikami dziewcząt cho-

rujących na anoreksję w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami są dla nich mniej satysfakcjonujące i mogą one czuć się samotne i wyalienowane. Być może powodem tego jest słabo rozwinięta empatia. Jeśli chodzi o rzutowanie siebie w przyszłość – wydaje się ono takie jak u rówieśników. Można spodziewać się, iż mają one stosunkowo jasno określone plany dotyczące swojej przyszłości, zwłaszcza w zakresie dalszej edukacji czy przygotowania do pracy w określonym zawodzie. Zwracali na to uwagę już Bomba i wsp. [8], dla których rzutowanie siebie w przyszłość wyraźnie odróżnia osoby chorujące na anoreksję od cierpiących z powodu depresji.

Wyniki uzyskane w „Ja seksualnym”, odnoszącym się do poziomu integracji, pojawiającego się w okresie dojrzewania, popędu seksualnego ze sferą emocjonalną i społeczną, wskazują na konserwatywną i unikającą postawę dziewcząt z anoreksją wobec własnej cielesności i seksualności. Przeżywane emocje i podejmowane działania związane z wchodzeniem w relacje z osobami przeciwnej płci wydają się bardzo ograniczone i ubogie. Można wręcz podejrzewać odcięcie się od wszystkiego, co związane jest z własną seksualnością. Zaburzenia w zakresie „Ja seksualnego” mogą też wpływać na funkcjonowanie społeczne tych dziewcząt, w którym kontakty z osobami przeciwnej płci stanowią jeden z ważniejszych elementów istnienia w grupie rówieśniczej. Potwierdzałoby to przypuszczenia badaczy, rozumiejących anoreksję jako nieświadome zaprzeczanie własnej kobiecości i niechęć do stania się dorosłą kobietą (por. [19]).

Trudności w zaakceptowaniu przez rodziców seksualności dorastających dzieci występują także w zdrowych rodzinach. Jak pokazują badania Offera i wsp. [20], w których porównywano spostrzeganie siebie przez dorastającą młodzież i spostrzeganie ich przez rodziców, właśnie w sferze seksualnej występowały największe różnice. Rodzice nie dostrzegali bądź pomniejszali występowanie u swoich dzieci cech świadczących o dojrzewaniu seksualnym. W rodzinach z dzieckiem chorym na anoreksję akceptacja jego seksualności może być o tyle trudniejsza, iż oznacza ona proces emocjonalnego odcinania się od rodziców i większej niezależności, co przy występujących w tych rodzinach trudnościach w przystosowaniu się do nowych sytuacji może być przez ich członków postrzegane jako zagrożenie dla rodzinnej homeostazy [21].

Dziewczeta chorujące na anoreksję w opisie swoich emocji i swojego stosunku do rodziców nie różnią się od zdrowych rówieśników, na co wskazują wyniki uzyskane w „Ja rodzinnym”. Liczne badania dowodzą jednak wielu nieprawidłowości w funkcjonowaniu tych rodzin [22, 23]. Można stąd przypuszczać, iż obraz rodziny dziewcząt z anoreksją jest raczej obrazem życzeniowym niż rzeczywistym odzwierciedleniem wewnątrzrodzinnych relacji. Emocjonalne uwikłanie i nadopiekuńczość jako cechy charakterystyczne dla tych rodzin [21] oraz przekazywane przez pokolenia przekonania idealizujące rodzinę [24] sprawiają, iż dziewczeta z anoreksją mogą mieć małą możliwość konfrontacji z realnie istniejącymi problemami.

Uzyskane w badaniu wyniki podobne są do prezentowanych przez innych autorów, którzy dodatkowo dokonali podziału chorujących na anoreksję dziewcząt na dwie grupy. Casper i wsp. [13] porównywali dwie grupy chorujących na anoreksję; młodszą, w wieku 12–15 lat, i starszą, w wieku 16–19 lat, ze zdrowymi rówieśnikami. Generalnie można stwierdzić duże podobieństwo do wyników uzyskanych przeze mnie. W porów-

naniu ze starszą grupą, która wiekowo odpowiada dziewczętom w prezentowanych tu badaniach, różnica dotyczy jedynie skali kontroli świata zewnętrznego. Osoby badane przez Caspera i wsp. nie różniły się od zdrowych rówieśników w radzeniu sobie z frustracjami. Z kolei w młodszej grupie chorujących na anoreksję stwierdzono brak różnic istotnych statystycznie dodatkowo w skalach: obraz własnego ciała i psychopatologia. Mogłoby to sugerować, iż u chorych na anoreksję w młodszym wieku występuje większa akceptacja własnej cielesności i przeżywają oni więcej pozytywnych emocji w stosunku do siebie i innych osób. Z perspektywy dynamiki okresu dojrzewania można przypuszczać, iż przemiany biologiczne związane z ciałem, we wczesnym ich etapie, gdy nie są jeszcze tak wyraźne, powodują mniej negatywnych czy sprzecznych emocji. Dopiero w późniejszym wieku, gdy stają się wyraźniejsze, mogą powodować szereg nieprzyjemnych odczuć.

Swift i wsp. [14] porównywali między sobą dwie grupy dziewcząt chorujących na anoreksję. Kryterium podziału stanowił wiek dziewcząt – podobnie jak w powyższych badaniach. W większości skal badane z obu grup uzyskały podobne wyniki. Wyjątek stanowiły skale zrównoważenia emocjonalnego, obrazu własnego ciała i przystosowania. Może to sugerować, iż u osób z anoreksją wraz z wiekiem zwiększa się emocjonalne niezrównoważenie, któremu towarzyszy przewaga uczuć negatywnych, wzrasta stopień niezadowolenia z własnego ciała i nieakceptowania zmian, którym ono podlega, oraz zmniejsza się możliwość radzenia sobie z otoczeniem.

Podsumowanie

Celem przeprowadzonych badań było porównanie wybranych aspektów obrazu własnej osoby dziewcząt chorujących na anoreksję i ich zdrowych rówieśniczek. Na podstawie uzyskanych wyników można przypuszczać, iż zaburzenia obrazu samych siebie nie dotyczą jakichś poszczególnych jego aspektów, lecz jego całości. Chociaż przedstawione badania nie do końca mogą to potwierdzić, można przypuszczać, iż nieprawidłowości w sferze emocjonalnej mogą być istotnym czynnikiem, odpowiedzialnym za przeżywane przez nie trudności w innych obszarach. Trzeba tu jednak pamiętać, iż zarówno dominowanie negatywnych emocji, jak i nieprawidłowości czy niedojrzałość mechanizmów obronnych mogą być również wynikiem przemian związanych z samym okresem dojrzewania. Wynikać z tego może wniosek o konieczności traktowania zaburzonych obszarów obrazu samych siebie nie tylko w kontekście choroby, ale również specyfiki okresu rozwojowego.

Ńiáññáííř' ęřđñćíř áłáóřłę, áíęłtúćó đ'ńćć-łńęię řńđłęńłćłę

Ńiáđććřłł

Çřäřłł ęñńęłäiäřłł. Ą đřäíł đ'đłäññřäęłł đłćóęüñřńü ęñńęłäiäřłł ęçäđřłłüó řńđłęńä řñáññáíířę ęřđñćłü áłáóřłę, áíęłtúćó ä đ'łđćłäł ñćđłäřłł đ'ńćć-łńęię řńđłęńłł. Čńđřęüćłäřłł Ęłćäóířđłäíř' ęęřńńćóćęřłć' áíęłłłę -łńáđññäi đ'łđłńęñđř. Đđłäłłłł ñđřäłłłłł ñćđđ'ñłłä ñł ęäđłäüęc đłäłłłćóřłć.

Ęłńä. łáł ääl äđóđ'đü ñłññł' ęc ęç 30 áłáóřłę. Ą ęñńęłäiäřłłł ęñđřęüćłäřłł äęłññřđćć äę' łółęć řñáññáíířę ęřđñćłü ó ęłęłäłćć łóółđř, ęłńđüę đ'đłäířćłř-łł äę' ęcó 13-19 ęłń.

Đłćóęüñřńü. Ą ęñńęłäiäřłłł łäłćłř-ććęćńü ęłłäćł ęłńđłłńłüł đřćęc-ć' ęłćäó äđóđ'đřęc áłáóřłę,

inim' ucIn', d'dlcal anlat, e yetocitireuine noldl.

Autiaiu. lauce auaiia, emidue eicni id'dlalecnu d'dc cnnelairicce aieuiuo d'ncoc=Ineie ffdle-
lele, imimcnn' e aieil audreliueo irdorlicz niannaliiie efdnciu. Noulmaliii nrmcnnce=Inec drcece=c'
auuec ndrailiu n ecnlrdnodiuuec ariiuec.

Selbstbild der an Anorexia nervosa kranken Mädchen

Zusammenfassung

Ziel. Im Artikel wurden die Ergebnisse der Studie an den gewählten Fragen des Selbstbildes der Mädchen in der Pubertätszeit vorgestellt, die an Anorexia nervosa nach der DSM - IV Klassifizierung krank sind, im Vergleich mit den gesunden Gleichaltrigen.

Methode. Die beiden Gruppe bestanden aus 30 Personen. Das angewandte Mittel war der Fragebogen für Untersuchen des Selbstbildes bei Jugendlichen von Offer, der für die Untersuchung der Personen in der Altersgruppe von 13 bis 19 Lebensjahr bestimmt ist.

Ergebnisse. Die Studie zeigte viele interessante Unterschiede zwischen den Gruppen, die vor allem emotionelle Sphäre betreffen.

Schlussfolgerungen. Die Hauptschlussfolgerung, die man ziehen kann, betrifft das viel mehr gestörte Selbstbild bei kranken Mädchen. Statistisch bedeutende Unterschiede wurden im Bezug auf die Literatur besprochen.

L'image de soi des filles souffrant de l'anorexie nerveuse

Résumé

Objectif. Cet article présente les résultats des recherches concernant certains aspects de 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 d'Offer (the Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents) qui analyse les jeunes gens de 13–19 ans.

Résultats. On note plusieurs différences très intéressantes touchant surtout la sphère émotionnelle de ces deux groupes analysés.

Conclusions. Conclusion générale – l'image de soi est plus troublée chez les filles souffrant de l'anorexie nerveuse. Les différences significantes sont discutées à la base de la littérature en question.

Piśmiennictwo

1. Arondeus J, Weeda-Mannak W. *Female sex-role conflicts and eating disorders*. W: Dolan B, Gitzinger J, red. *Why women? Gender issues and eating disorders*. London: European Council on Eating Disorders; 1991.
2. Dolan B. *Why women? Gender issues and eating disorders*. London: European Council on Eating Disorders, 1991.
3. Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. *Family games. General models of psychotic processes in the family*. London: Karnac Book; 1989.
4. Wolska M. *Zaburzenia odżywiania się w perspektywie kulturowej i społecznej*. W: Józefik B, red. *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1996.
5. 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.

6. Badura-Madej W. *Psychologiczne problemy okresu adolescencji*. W: Orwid M, red. *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*. Warszawa; Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1981.
7. Bomba J. *Biologiczne problemy okresu dojrzewania i ich psychiczne następstwa*. W: Orwid M, red. *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*. Warszawa: PZWL; 1981.
8. Bomba J, Badura-Madej W, Bielska A, Domagalska-Kurdziel E, Gardziel A, Izdebski R, Józefik B, Kwiatkowski R, Lebidowicz H, Pietruszewski K, Szelerewicz L, Wolska M, Zybliekiewicz D. *Rozpowszechnienie i obraz depresji u dzieci i młodzieży w świetle bezpośrednich badań populacji nieleczonej*. *Psychiatr. Pol.* 1986; 3: 184–189.
9. Obuchowska I. *Psychologiczne aspekty dojrzewania*. W: Jaczewski A, Woynarowska B, red. *Dojrzewanie*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne; 1982.
10. Offer D, Ostrov E, Howard KI. *Adolescence. What is normal?* *Am. J. Dis. Child.* 1989; 143.
11. Reykowski J. *Obraz własnej osoby jako mechanizm regulujący postępowanie*. *Kwart. Pedagog.* 1970; 3: 45–58.
12. Reykowski J. *Osobowość jako centralny system regulacji i integracji czynności człowieka*. W: Tomaszewski T, red. *Psychologia*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1978.
13. Casper RC, Offer D, Ostrov E. *The self-image of adolescents with acute anorexia nervosa*. *J. Paediatr.* 1981; 98: 656–661.
14. Swift WJ, Bushnell NJ, Hanson P, Logemann T. *Self-concept in adolescent anorexics*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1986; 25: 826–835.
15. *Diagnostic and statistical manual. Fourth edition*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
16. Offer D, Ostrov E, Howard KI, Atkinson R. *The teenage world. Adolescents' self-image in ten countries*. New York, London: Plenum Medical Book Company; 1988.
17. Offer D, Ostrov E, Howard KI, Dolan S. *A manual for The Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents (OSIQ)*. 1989.
18. Badura-Madej W. *Kwestionariusz do badania obrazu siebie u młodzieży Offera* (maszynopis).
19. Johnson C, Thompson M, Schwartz D. *Anorexia nervosa and bulimia: An overview*. W: Burns WJ, Lavinge JV, red. *Progress in pediatric psychology*. USA, Orlando: Grune & Stratton, Inc.; 1984.
20. Offer D, Ostrov E, Howard KI. *Family perception of adolescent self-image*. *J. Youth Adolesc.* 1982; 4: 281–291.
21. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Cambridge, Massachusetts, London, England: Harvard University Press; 1978.
22. 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.
23. 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.
24. White M. *Anorexia nervosa: a transgenerational system perspective*. *Fam. Proc.* 1983; 3: 255–273.

Otrzymano: 4.02.2004

Zrecenzowano: 2.06.2004

Przyjęto do druku: 6.07.2004

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

