

ANNA BRYTEK-MATERA
EDYTA CHARZYŃSKA

ZWIĄZEK POMIĘDZY NIEZADOWOLENIEM Z CIAŁA I ZMIENNYMI PSYCHOSPOŁECZNYMI WSPÓŁWYSTĘPUJĄCYMI Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

Celem badania była ocena związków między niezadowoleniem z własnego ciała a wybranymi zmiennymi osobowościowymi u osób z zaburzeniami odżywiania. Metoda: Przebadano 109 pacjentek spełniających kryteria jadłowstrętu psychicznego ($n = 65$) oraz żarłoczości psychicznej ($n = 44$) według DSM-IV. Grupę kontrolną stanowiło 65 zdrowych kobiet. W badaniach posłużono się Skalą Niezadowolenia z Własnego Ciała Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania, Kwestionariuszem Poczucia Własnej Wartości, Skalą Samowyróżnienia i Kontroli, Szpitalną Skalą Lęku i Depresji oraz Skalą Poczucia Umiejscowienia Kontroli. Wyniki: W badanej grupie pacjentek z anoreksją odnotowano znacząco niższy poziom niezadowolenia z własnego ciała, eksterioryzacji złości, zewnętrzne- go poczucia umiejscowienia kontroli oraz wiary w szczęście/przypadek w porównaniu z grupą pacjentek chorych na bulimię. Kobiety z jadłowstrętem psychicznym miały dodatkowo istotnie wyższy poziom rodzinnego poczucia własnej wartości oraz wewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli. U osób z anoreksją stwierdzono związki między niezadowoleniem z własnego ciała a: wiekiem ($r = 0,440$; $p < 0,01$), rodzinnym poczuciem własnej wartości ($r = -0,433$; $p < 0,01$) oraz zawodowym poczuciem własnej wartości ($r = -0,412$; $p < 0,01$). W grupie kobiet z żarłoczością psychiczną niezadowolenie z własnego ciała pozostało zależne od eksterioryzacji złości ($r = 0,434$; $p < 0,01$), kontroli w uzewnętrznianiu złości ($r = 0,350$; $p < 0,01$), ogólnego poczucia własnej wartości ($r = -0,438$; $p < 0,01$) oraz rodzinnego poczucia własnej wartości ($r = -0,364$; $p < 0,05$). Wnioski: W przypadku osób z jadłowstrętem i bulimią psychiczną szczupła sylwetka wpływa na obraz siebie. Niezadowolenie z wizerunku własnego ciała należy traktować jako jeden z czynników wpływających na rozwój psychopatologii zaburzeń odżywiania.

Słowa kluczowe: niezadowolenie z ciała, samoocena, ekspresja złości, lokalizacja kontroli, depresja, lęk, zaburzenia odżywiania.

DR ANNA BRYTEK-MATERA, Zakład Psychologii Ogólnej Uniwersytetu Śląskiego, ul. Grażyńskiego 53, 40-126 Katowice; e-mail: anna.brytek@us.edu.pl

EDYTA CHARZYŃSKA, studentka V roku psychologii na Uniwersytecie Śląskim, ul. Grażyńskiego 53, 40-126 Katowice.

Autorem pojęcia *body image* jest Paul Schilder (1950). Wizerunek ciała rozumiał on jako obraz własnego ciała, który tworzymy w naszych umysłach, sposób, w jaki nasze ciało wygląda dla nas samych. Zdaniem autora trójwymiarowy obraz bądź też schemat ciała (*body schema*) to rozwijająca się autopercepcja. Na jej kształtowanie wpływ mają czynniki interpersonalne, środowiskowe i czasowe.

Wizerunek ciała we współczesnym rozumieniu jest zjawiskiem wieloaspektowym, na które składa się: (a) komponent percepcyjny – związany z możliwością (odpowiadającej stanowi rzeczywistości) oceny rozmiarów i kształtu własnego ciała (subiektywne oszacowanie rozmiarów ciała); (b) komponent poznawczy – sposób, w jaki człowiek myśli o swoim ciele; (c) komponent emocjonalny – składający się na uczucia dotyczące własnego ciała; (d) komponent behawioralny – postawy względem ciała jako całości i poszczególnych jego części; (e) interpretacja wewnętrznych bodźców (płynących z ciała); (f) indywidualna interpretacja bodźców zewnętrznych (głównie wizualnych i dotykowych) oraz (g) opinie i oceny otoczenia oraz własne (Rucker, Cash, 1992; Rabe-Jabłońska, Dunajska, 1997 – za: Brytek-Matera, 2008a).

Integralnym składnikiem osobowości człowieka jest obraz siebie (*self-image*) – decyduje o samopoczuciu, stosunku do otaczającego świata, jakości kontaktów interpersonalnych oraz o efektywności działania i wykorzystywania własnych możliwości (Malinowska, 2007). Obraz własnej osoby to znajomość siebie – samowiedza¹ (aspekt poznawczy), znajomość własnych uczuć, emocji, jak i również ocena swoich cech, możliwości i umiejętności (aspekt emocjonalny).

Znaczenie zaburzonych wyobrażeń o sobie odgrywa istotną rolę w etiologii jadłowstrętu i żarłoczności psychicznej. Zdaniem Bruch (1962) zjawisko niewłaściwej oceny ciała (wyołbrzymianie jego rozmiarów) spowodowane jest nieprawidłową percepcją jego rozmiarów i kształtów. Według autorki osoby z zaburzeniami odżywiania mają nierealistyczny obraz swojego ciała, nie są w stanie odpowiednio rozpoznać doznań fizycznych (szczególnie związanych z uczuciem głodu i sytości), jak i również doświadczają poczucia nieefektywności własnych działań. Garner i współautorzy (1983) uważają natomiast, iż przyczynę zaburzonej oceny wizerunku ciała stanowią jedynie zaburzenia poznawcze i/lub emocjo-

¹ Według Kozielskiego (1986 – za: Malinowska, 2007) składnikami samowiedzy są: samoopis (sądy opisowe), samoocena (sądy wartościujące), pożądana wizja siebie (sądy o standardach osobistych), źródła samowiedzy (sądy o regułach generowania wiedzy o sobie) oraz sądy dotyczące reguł komunikowania wiedzy o sobie. Natomiast Niebrzydowski (1976 – za: Malinowska, 2007) uważa, że – poza samowiedzą – na obraz siebie składają się: samoakceptacja, poczucie własnej wartości, samoocena i samoświadomość.

nalne. Rozbieżność pomiędzy obrazem idealnym a obrazem aktualnym/realnym ciała stanowi czynnik wyzwalający i podtrzymujący zarazem występowanie jadłowstrętu i bulimii psychicznej. Zaburzony obraz ciała (rozbieżność pomiędzy oceną rozmiarów i kształtów ciała a stanem faktycznym) wpływa na brak satysfakcji z własnego wyglądu, pejoratywny stosunek do własnej cielesności, negatywne myśli, oceny, uczucia i postawy związane z własnym wyglądem (Rosen i in., 1998; Levine, Piran, 2004). Pragnieniu bycia szczupłą towarzyszy stale utrzymujący się lęk przed przybraniem na wadze oraz rozwijające się silne subiektywne wrażenie zniekształconego obrazu swojego ciała, a tym samym własnego „ja”.

Cel badań

Celem badania była ocena:

(a) niezadowolenia z własnego ciała, poczucia własnej wartości, ekspresji złości, lęku, depresji oraz lokalizacji kontroli u pacjentek z anoreksją i bulimią, a także u kobiet bez zdiagnozowanych zaburzeń odżywiania (model porównawczy);

(b) związków pomiędzy niezadowoleniem z własnego ciała a wybranymi zmiennymi psychospołecznymi u osób z zaburzeniami odżywiania (model korelacyjny).

Grupa badana

Przebadano 65 pacjentek z jadłowstrętem psychicznym oraz 44 pacjentki z bulimią psychiczną. Kryteria diagnostyczne były zgodne z klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV (APA, 1994). Grupę kontrolną stanowiło 65 zdrowych kobiet. Badania przeprowadzono w Polsce (region Śląska) i we Francji (region Lotaryngii). Na Śląsku miały one miejsce w Instytucie Ericksonowskim w Katowicach, w Ośrodku Leczenia Zaburzeń Odżywiania w Gliwicach oraz wśród byłych pacjentek Oddziału Psychiatrii Wieku Rozwojowego w Sosnowcu. We Francji natomiast badania odbyły się w Centre d'Accueil pour la Santé des Adolescents de Metz, Hôpital Sainte-Croix de Metz, Hôpital d'Enfants de Nancy-Brabois oraz Association des Outremangeurs Anonymes de Metz.

Średnia wieku badanych dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym wyniosła 18,85 roku ($SD \pm 1,85$), u dziewcząt z bulimią zaś 21,77 roku ($SD \pm 5,16$). Śred-

nia wskaźnika wagowo-wzrostowego (BMI) u pacjentek z anoreksją osiągnęła wartość 16,54 kg/m² ($SD \pm 1,77$), natomiast u pacjentek z bulimią 22,26 kg/m² ($SD \pm 3,10$). Czas trwania choroby u badanych pacjentek równy był 29,05 miesiącom ($SD \pm 16,65$) dla grupy z jadłowstrętem oraz 37,95 miesiącom ($SD \pm 33,21$) dla grupy z żarłocznością psychiczną. Grupę kontrolną stanowiły losowo wybrane studentki Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach oraz Uniwersytetu Paula Verlaine'a w Metz, które wyraziły zgodę na udział w badaniu. Poddane one zostały takiej samej procedurze badawczej jak osoby z grupy klinicznej. W grupie kontrolnej średnia wieku równa była 19,95 roku ($SD \pm 0,94$), zaś wartość BMI osiągnęła 21,09 kg/m² ($SD \pm 2,75$).

Za pomocą analizy wariancji ANOVA wykazano różnice istotne statystycznie ze względu na wiek ($F = 13,50$; $p < 0,001$) oraz wskaźnik wagowo-wzrostowy ($F = 82,20$; $p < 0,001$) badanych grup. Dziewczęta z anoreksją psychiczną miały znamienne niższą wartość wskaźnika BMI w stosunku do chorych na bulimię i grupy kontrolnej. Były również istotnie młodsze w stosunku do obydwu grup.

Zastosowane metody

W badaniach posłużono się Skalą Niezadowolenia z Własnego Ciała Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania (Body Dissatisfaction Subscale of the Eating Disorders Inventory) D. M. Garnera i współautorów (1983), Kwestionariuszem Poczucia Własnej Wartości (Self-Esteem Inventory) S. Coopersmitha (1984), Skalą Samowyróżnienia i Kontroli (Self-Expression and Control Scale) T. van Elteren i współautorów (1997), Szpitalną Skalą Lęku i Depresji (Hospital Anxiety and Depression Scale) A. Zigmonda i R. P. Snaitha (1983) oraz Skalą Poczucia Umiejszczenia Kontroli (Internal Powerful Others and Chance Scale) H. Levenson (we francuskiej adaptacji G. Loasa i współautorów, 1994).

Inwentarz Zaburzeń Odżywiania się odnosi się do postaw i zachowań związanych z jedzeniem i pozwala na charakterystykę poznawczo-behawioralnych aspektów zaburzeń odżywiania. Skala Niezadowolenia z Własnego Ciała jest jedną z ośmiu podskal tego narzędzia.

Kwestionariusz Poczucia Własnej Wartości dotyczy ewaluacyjnych postaw i zachowań związanych z oceną poczucia własnej wartości w czterech sferach funkcjonowania człowieka: (1) ogólnej: aspekt samooceny, który odnosi się do ogólnego poczucia własnej wartości, (2) społecznej: aspekt samooceny związany z funkcjonowaniem jednostki wśród ludzi, (3) rodzinnej: aspekt samooceny, który dotyczy funkcjonowania i wzajemnych relacji w rodzinie, oraz (4) szkolnej/za-

wodowej: aspekt samooceny, który odnosi się do osiągnięć, ambicji i działań zawodowych/szkolnych. Dodatkowo autor utworzył podskale kłamstwa, którą należy traktować jako wskaźnik postaw obronnych osoby badanej w odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu.

Szpitalna Skala Lęku i Depresji Zigmonda i Snaitha stanowi narzędzie pomiaru symptomów zaburzeń emocjonalnych (przy wyeliminowaniu objawów somatycznych). Wyniki uzyskane w HADS pozwalają określić nasilenie objawów lęku (HADS-A) oraz objawów depresji (HADS-D).

Do sprawdzenia rzetelność Skali Samowrażania i Kontroli (SECS) oraz Skali Poczucia Umiejszczenia Kontroli (IPC) na polskiej populacji zastosowano analizę czynnikową, w wyniku której w pierwszej skali (SECS) wyodrębniono cztery podskale: (1) eksterioryzacja złości ($\alpha = 0,81$), (2) interioryzacja złości ($\alpha = 0,65$), (3) kontrola w uzewnętrznianiu złości ($\alpha = 0,75$) oraz (4) kontrola w uwewnętrznianiu złości ($\alpha = 0,73$), w drugiej (IPC) natomiast trzy: (1) wiara w wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli ($\alpha = 0,58$); (2) wiara w zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli (wiara w sprawowanie kontroli osób znaczących; $\alpha = 0,69$) oraz (3) wiara oparta na szczęściu/przypadku ($\alpha = 0,68$) (Brytek, 2005).

Wyniki

Zmienne badano przy użyciu metod statystycznych zawartych w programie SPSS, wersja 12.0 (2004). Wykorzystano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA (paradygmat porównawczy) (tabela 1) oraz współczynnika korelacji Pearsona (paradygmat korelacyjny).

W porównaniu z grupą kontrolną, u dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym niezadowolenie z własnego ciała, poziom uwewnętrznienia złości, objawy depresji oraz zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli były istotnie wyższe. W grupie kobiet z anoreksją stwierdzono natomiast istotnie statystycznie niższe średnie wartości w skalach dotyczących samooceny ogólnej, społecznej, rodzinnej i zawodowej, a także w skali kłamstwa.

U dziewcząt z bulimią psychiczną niezadowolenie z własnego ciała, uzewnętrznianie złości, poziom objawów lęku i depresji oraz zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli były istotnie wyższe w porównaniu ze zdrowymi studentkami. Badane pacjentki prezentowały jednocześnie niższe poczucie własnej wartości w sferze ogólnej, rodzinnej, społecznej i zawodowej.

Tab. 1. Porównanie wyników w zakresie badanych zmiennych w trzech grupach

Badane zmienne	JP (n = 65)		ŻP (n = 44)		GK (n = 65)		ANOVA		Poziom istotności <i>p</i> (test <i>post-hoc</i> Tuckeya)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	JP vs ŻP	JP vs GK	ŻP vs GK
Niezadowolenie z własnego ciała	12,12	8,52	16,97	5,88	4,80	4,69	47,23	0,000	0,001	0,001	0,001
Ogólne poczucie własnej wartości	10,53	4,92	10,43	4,85	18,46	5,10	51,64	0,000	n.i.	0,001	0,001
Spoleczne poczucie własnej wartości	4,93	2,01	5,27	1,66	6,38	1,51	11,76	0,000	n.i.	0,001	0,001
Rodzinne poczucie własnej wartości	3,91	2,12	3,00	1,67	6,00	2,17	32,08	0,000	0,05	0,001	0,001
Zawodowe poczucie własnej wartości	4,50	1,91	4,02	1,62	5,32	1,84	7,25	0,001	n.i.	0,05	0,001
Skala kłamstwa	1,88	1,26	2,15	1,73	2,69	1,47	4,84	0,010	n.i.	0,01	n.i.
Interioryzacja złości	7,83	2,15	7,34	2,50	6,10	2,02	10,46	0,000	n.i.	0,001	n.i.
Eksterioryzacja złości	6,32	1,92	7,65	2,56	6,70	1,87	5,12	0,010	0,01	n.i.	0,05
Kontrola w interioryzacji złości	8,54	1,83	8,13	2,05	8,52	2,14	0,64	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.
Kontrola w eksterioryzacji złości	7,29	2,02	7,84	2,62	7,96	1,87	1,74	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.
Lęk	10,58	3,77	11,77	3,83	9,65	4,15	4,13	0,010	n.i.	n.i.	0,010
Depresja	5,38	3,48	6,18	3,22	3,83	3,01	7,55	0,001	n.i.	0,01	0,001
Wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli	17,83	3,55	16,11	3,07	17,20	2,27	3,83	0,050	0,01	n.i.	n.i.
Zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli	11,79	3,62	13,60	4,05	10,25	3,47	10,71	0,000	0,01	0,05	0,001
Wiara w szczęście/przypadek	10,48	3,38	12,25	3,17	11,07	2,98	3,96	0,050	n.i.	n.i.	n.i.

JP – jadłowstręt psychiczny, ŻP – żarłoczność psychiczna, GK – grupa kontrolna; półgrubą czcionką zaznaczono wartości istotne statystycznie; przyjęty poziom istotności *p* wynosił 0,05 (dla przedziału dwustronnego)

W badanej grupie klinicznej z anoreksją psychiczną odnotowano znacznie niższy poziom niezadowolenia z własnego ciała, eksterioryzacji złości, zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli oraz wiary w szczęście/przypadek w porównaniu z grupą pacjentek chorych na bulimię. Kobiety z jadłowstrętem psychicznym miały natomiast znamienne wyższy poziom rodzinnego poczucia własnej wartości oraz wewnętrznego umiejscowienia kontroli.

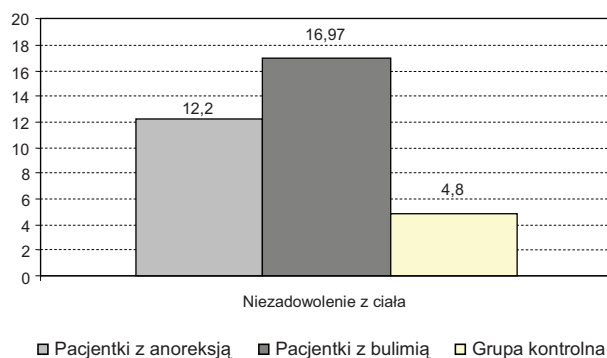
Drugi etap analizy dostarczył informacji o związkach pomiędzy niezadowoleniem z własnego ciała a badanymi zmiennymi. U pacjentek z jadłowstrętem psychicznym stwierdzono związki pomiędzy niezadowoleniem z własnego ciała

a rodzinnym poczuciem własnej wartości ($r = -0,433$; $p < 0,01$), zawodowym poczuciem własnej wartości ($r = -0,412$; $p < 0,01$) oraz wiekiem ($r = 0,440$; $p < 0,01$). Natomiast w grupie kobiet z żarłocznością psychiczną niezadowolenie z własnego ciała pozostało zależne od eksterioryzacji złości ($r = 0,434$; $p < 0,01$), kontroli w uzewnętrznianiu złości ($r = 0,350$; $p < 0,01$), ogólnego poczucia własnej wartości ($r = -0,438$; $p < 0,01$) oraz samooceny w sferze rodzinnej ($r = -0,364$; $p < 0,05$).

DYSKUSJA

Niezadowolenie z ciała

Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że poziom niezadowolenia z własnego ciała jest istotnie wyższy wśród dziewcząt chorujących na jadłowstręt i żarłoczność psychiczną w porównaniu z grupą kontrolną (wykres 1), co zostało potwierdzone w innych badaniach (Głębocka, Bednarska, 2005).



Wykres 1. Niezadowolenie z ciała w badanych grupach

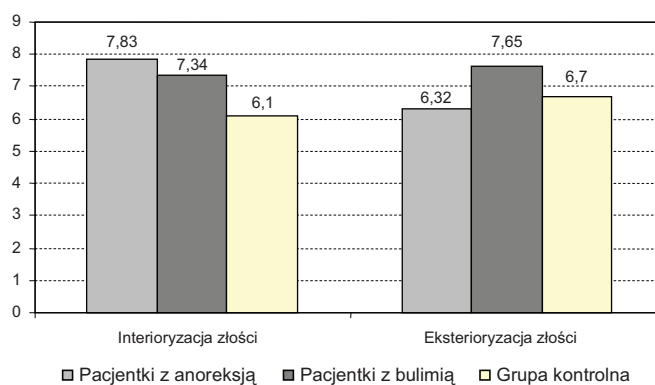
Preti i współautorzy (2008) dowodzą, iż niezadowolenie z własnego ciała stanowi najważniejszy niezależny czynnik ryzyka wystąpienia objawów anoreksji, co sugeruje, że dyssatisfakcja z ciała jest pierwotna w stosunku do zaburzeń odżywiania. Wśród zmiennych wpływających na pojawienie się u dziewcząt braku akceptacji własnego wyglądu wymienia się między innymi: wczesne wystąpienie lęku separacyjnego, brak bezpiecznego stylu przywiązania (Troisi i in., 2006), wykorzystywanie seksualne przed okresem dojrzewania (Preti i in., 2006),

a także wzrastającą masę ciała, presję wywieraną przez rówieśników (Presnell i in., 2004) czy też interioryzację popularyzowanego przez media ideału kobiecej sylwetki (Knauss i in., 2007).

Wyniki niniejszego badania wskazują, iż niezadowolenie z ciała jest istotnie wyższe u badanych cierpiących na bulimię w porównaniu z chorującymi na anoreksję (wykres 1)². Dla pacjentek z bulimią charakterystyczna jest utrata kontroli, obejmująca nie tylko zachowania związane z odżywianiem się, ale również inne aspekty funkcjonowania. Można przypuszczać, że konsekwentne zachowania restrykcyjne (w przypadku jadłowstrętu psychicznego) sprzyjają obniżeniu niezadowolenia z własnego wyglądu. Oznacza to, że na przeżywanie swego ciała wpływa nie tyle realna masa, ile raczej stopień, w jakim chora ma poczucie kontroli nad sobą i swoim odżywianiem się.

Ekspresja złości

W badaniu odnotowano wyższy poziom interioryzacji złości u chorych na jadłowstręt psychiczny w porównaniu z grupą kontrolną oraz wyższy poziom eksterioryzacji złości u pacjentek cierpiących z powodu bulimii psychicznej w porównaniu z dziewczętami z anoreksją, a także grupą kontrolną (wykres 2), co jest zgodne z wynikami badań nad temperamentem i osobowością u osób z zaburzeniami odżywiania (Peñas-Lledó i in., 2002).



Wykres 2. Ekspresja złości w badanych grupach

² Józefik (2006) również odnotowała wyższy poziom tego czynnika w grupie z objawami bulimicznymi w porównaniu z grupą anoreksji restrykcyjnej.

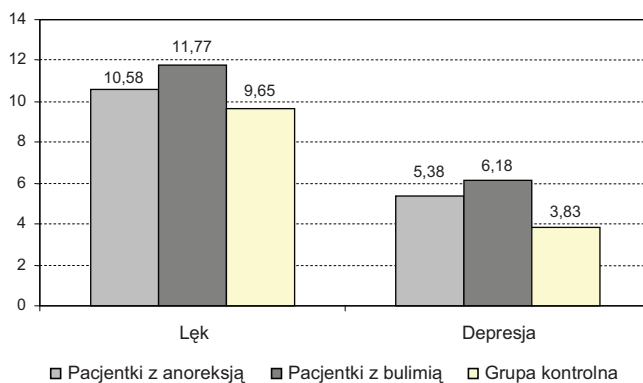
W literaturze często opisywana jest impulsywność, zmienność nastrojów, mniejszy stopień zahamowania ekspresji uczuć (zwłaszcza negatywnych) jako cechy charakterystyczne dla dziewcząt z żarłocznością psychiczną. W sposób bardziej otwarty – w porównaniu z chorymi na anoreksję oraz grupą kontrolną – manifestują one swą złość, gniew, niezadowolenie. Znaczna ich liczba cierpi dodatkowo z powodu zaburzeń osobowości typu *borderline*. Jednocześnie, choć nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy chorymi na bulimię psychiczną a grupą kontrolną w podskali interioryzacji złości, to jednak zwracają uwagę wyższe wyniki uzyskane w niej przez tę grupę kliniczną. Można przypuszczać, że zdarza się, iż poziom negatywnych emocji u pacjentek cierpiących na żarłoczność psychiczną jest tak duży i o tak silnym natężeniu (Fassino i in., 2001), że sytuacja nie zawsze pozwala na ich zewnętrzne wyrażenie (mogłoby to spowodować dodatkowe konflikty w środowisku rodzinnym, szkolnym/zawodowym, koleżeńskim czy w relacji z partnerem) – stąd też pojawia się u chorych na bulimię psychiczną tendencja do podwyższonego w stosunku do grupy kontrolnej uewnętrzniania reakcji złości („robienia dobrej miny do złej gry”, gdy bezpośrednio jej wyrażenie mogłoby spowodować nieprzyjemne konsekwencje). Chore na anoreksję zdecydowanie częściej interioryzują swoje negatywne emocje, nie wyrażają ich w sposób bezpośredni, klarowny dla odbiorców. Zazwyczaj przez rodziców i innych dorosłych postrzegane są jako posłuszne, odpowiedzialne, grzeczne i miłe. W koncepcjach psychoanalitycznych (Bomba, Józefik, 2003) próbuje się wyjaśnić różnice pomiędzy obiema grupami klinicznymi, twierdząc, iż chociaż oba typy zaburzeń odżywiania wiążą się z trudnościami fazy separacji/indywidualizacji, to w przypadku bulimii byłyby to zaburzenia pochodzące z okresu wcześniejszego niż w przypadku jadłowstrętu psychicznego. Stąd pacjentki anorektyczne dysponują większą siłą *ego*, podczas gdy u chorych z bulimią można wskazać znaczące deficyty *ego*, niezdolność odroczenia gratyfikacji, niemożność sublimowania popędowości.

Różnice pomiędzy dwoma grupami klinicznymi w przypadku eksterioryzacji złości mogą być spowodowane również wzorcami zachowania spostrzeganymi w domu. W rodzinach bulimicznych trwa otwarta walka, liczne są konflikty, kłótnie; domownicy atakują się nawzajem, oskarżają, a częste występowanie alkoholizmu w środowisku domowym dodatkowo sprzyja uewnętrznianiu złości i agresji. Rodziny anorektyczne z kolei to rodziny „modelowe”, „wzorcowe”. Nie podejmuje się w nich burzliwych i otwartych dyskusji, nie wyraża się niezgody, podkreśla się natomiast wzajemny szacunek, ideę poświęcenia, rezygnacji, lojal-

ności i sprawiedliwości. Członkowie rodziny unikają tematów trudnych, konfliktowych, rzadko rozmawiają o swoich negatywnych emocjach, starają się nikogo nie urazić własnym zachowaniem (Vandereycken, 2002). W konsekwencji dziewczęta z obu grup klinicznych wyrażają złość w sposób, jakiego nauczyły się w środowisku domowym.

Depresja i lęk

Wyższy poziom depresji uzyskany w badaniu przez pacjentki chorujące na anoreksję i żarłoczność psychiczną w porównaniu z grupą kontrolną (wykres 3) potwierdzają wyniki innych badań (Łucka, 2004).



Wykres 3. Lęk i depresja w badanych grupach

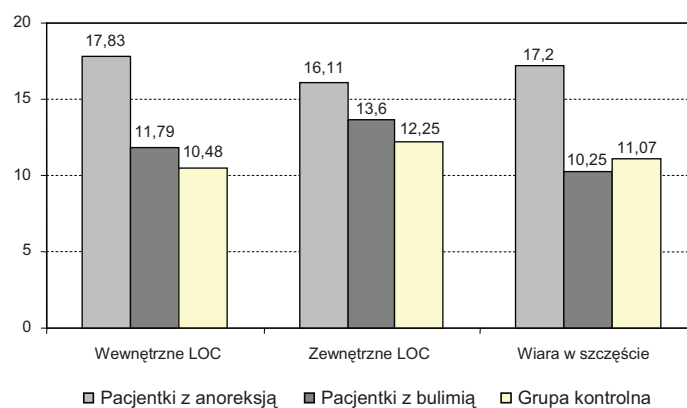
W literaturze przedmiotu można znaleźć różne modele rozpatrujące wzajemne relacje pomiędzy zaburzeniami odżywiania się a objawami depresji (Bulik, 2002). Niektórzy autorzy traktują występowanie zaburzeń depresyjnych jako wtórnych wobec zaburzeń odżywiania. Uzyskanie poprawy objawowej powinno, ich zdaniem, spowodować ustąpienie objawów depresji. Inna hipoteza traktuje zaburzenia odżywiania jako następstwo pierwotnych zaburzeń depresyjnych; anoreksja i żarłoczność psychiczna postrzegane są w takiej interpretacji jako zaburzenia maskujące depresję (Józefik, 2006).

U dziewcząt z bulimią psychiczną stwierdzono wyższy poziom lęku w porównaniu z grupą kontrolną (wykres 3).

Badania Grabhorna i współautorów (2005) ukazują, że poza lękiem związanym z przybraniem na wadze, u chorych na bulimię pojawiają się zaburzenia lękowe, szczególnie fobie społeczne oraz zaburzenia lękowe z napadami paniki. Poszukuje się czynników wpływających na występowanie podwyższonego lęku u pacjentów z zaburzeniami odżywiania, wskazując m.in. na wpływy środowiska rodzinnego. Zgodnie z rezultatami licznych badań, fobie społeczne wśród osób cierpiących z powodu zaburzeń odżywiania związane są z emocjonalną niedostępnością ojca, natomiast agorafobia współwystępuje z lękowym stylem wychowywania przez matkę, co pozwala stwierdzić, iż specyficzny stosunek rodziców do dziecka może wpłynąć na pojawienie się i rozwój fobii społecznych oraz agorafobii wśród dziewcząt z zaburzeniami odżywiania (Hinrichsen i in., 2007).

Lokalizacja kontroli

Stwierdzono wyższy poziom zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli u obu badanych grup klinicznych w porównaniu z grupą kontrolną³ (wykres 4).



Wykres 4. Lokalizacja kontroli w badanych grupach

Kobiety cierpiące na zaburzenia odżywiania są silnie zależne od wpływu osób znaczących, co w znacznym stopniu ogranicza ich samodzielność i poczucie

³ Badania Chuchry i współautorów (2006) wskazują, że zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli u chorych na anoreksję psychiczną koreluje dodatnio z odrzucającą i wrogą matką.

własnego wpływu na stan swego życia. Każde przekroczenie narzuconych przez środowisko (a w konsekwencji i sobie samym) sztywnych granic opłacać poczuciem wstydu i winy. W konsekwencji nadmiernych wymagań rodzinnych dziewczęta z anoreksją odczuwają ciągłą presję oczekiwań ze strony otoczenia, a chcąc je spełnić, dążą do perfekcyjnego rozwiązywania zadań, akcentując swoją „pseudoautonomię”, w rzeczywistości zaś przejawiają znaczne trudności z samodzielnym decydowaniem o sobie i swoim życiu. Brakuje im poczucia kontroli nad własnym życiem, czują, jak gdyby to inni ludzie decydowali o ich losie, stąd – zgodnie z modelem Slade’a (1982) – w przypadku jadłowstrętu psychicznego dziewczęta dążą do uzyskania całkowitej kontroli nad jakimś aspektem sytuacji życiowej, wybierając kontrolę swojego odżywiania.

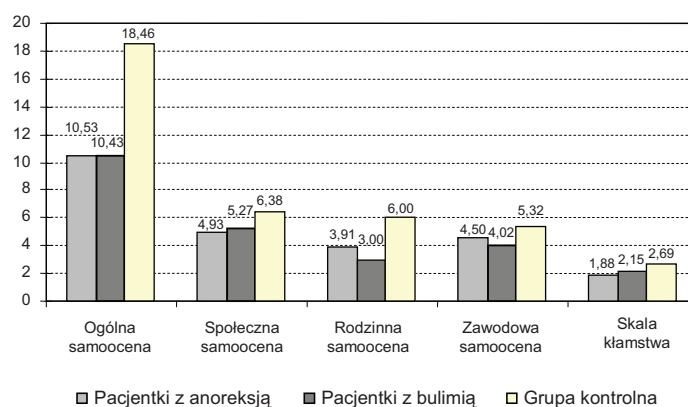
Chore na żarłoczność psychiczną osiągnęły wyższy poziom zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli oraz wiary w szczęście/przypadek niż cierpiące na anoreksję psychiczną (wykres 4). Pacjentki z bulimią cechuje większy chaos w działaniu, impulsywność oraz labilność emocjonalna, przez co czują, iż własne zachowania i uczucia wymykają im się spod kontroli, natomiast dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym wysoko cenią umiejętność zapanowania nad swoimi potrzebami i pragnieniami, konsekwentnie realizując plany drastycznego ograniczenia spożywanego pokarmu. Tłumaczy to również, dlaczego chore na anoreksję osiągnęły wyższy poziom wewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli w porównaniu z dziewczętami z bulimią psychiczną. Nasuwa się wniosek, że w przypadku cierpiących na żarłoczność psychiczną poczucie kontroli zlokalizowane jest na zewnątrz; natomiast co do dziewcząt z jadłowstrętem nie można stwierdzić takiej jednoznaczności, gdyż w stosunku do grupy kontrolnej mają one zarówno wyższe zewnętrzne, jak i wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli. Można przypuszczać, że w przypadku kontroli swego odżywiania się przeważa u tych chorych wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli, natomiast pozostałe aspekty funkcjonowania pozostają pod silnym wpływem osób znaczących i środowiska zewnętrznego.

Wcześniejsze badania (Strober, 1982) wskazują, iż te z dziewcząt cierpiących na anoreksję, które cechuje bardziej zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli, silniej zaprzeczają chorobie, doświadczają większego strachu przed zmianą masy ciała, są bardziej impulsywne, mają słabszą samokontrolę, używają więcej diuretyków i środków wymiotnych oraz przejawiają wyższy poziom zniekształceń własnego ciała; natomiast te z dziewcząt chorych na anoreksję, które charakteryzuje wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli, osiągają szybciej po-

prawę masy ciała podczas leczenia. Wyniki te ukazują, iż zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli jest czynnikiem, który zarówno predysponuje do wystąpienia zaburzeń odżywiania się, jak i negatywnie wpływa na szansę poprawy stanu zdrowia chorych, zaś wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli podwyższa szansę wyzdrowienia.

Samoocena

U obu grup klinicznych (anoreksja i bulimia) stwierdzono niższy poziom poczucia własnej wartości w każdej z wyróżnionych sfer funkcjonowania (samoocena ogólna, społeczna, rodzinna oraz zawodowa/szkolna) w porównaniu z grupą kontrolną (wykres 5).



Wykres 5. Samoocena w badanych grupach

Jak podkreślają Godart i współautorzy (2004), większość dziewcząt z jadłowstrętem lub bulimią psychiczną cechuje nieprzystosowanie społeczne oraz braki w kontaktach interpersonalnych (np. rzadko spędzają wolny czas z przyjaciółmi).

Chore na zaburzenia odżywiania są niezadowolone z siebie, dostrzegają wiele swych braków (często nieprawdziwych) w porównaniu z ocenami innych ludzi, są krytyczne wobec siebie, często prześladuje je poczucie winy i wstydu. Pacjentki z anoreksją wykazują znaczne trudności w relacjach z rówieśnikami, cechują się nieufnością oraz nieumiejętnością nawiązywania i podtrzymywania trwałych więzi uczuciowych. U chorych na anoreksję psychiczną jest to często związane ze

sztynymi, nieprzepuszczalnymi granicami systemu rodzinnego, w którym rodzice starają się jak najmocniej ograniczyć wpływy z zewnątrz. Uniemożliwia to nawiązywanie dziewczętom zdrowych relacji z innymi ludźmi; rzadko wyrażają one zainteresowanie bliskością z drugim człowiekiem, są silnie zahamowane w ujawnianiu swych uczuć, niedostępne, a wobec rówieśników przyjmują raczej postawy rywalizacyjne (z powodu skłonności do perfekcjonizmu) niż kooperatywne. Nieco inaczej jest w przypadku chorych na żarłoczność psychiczną, które zawierają wiele relacji z innymi ludźmi, jednakże są one nietrwałe, często mają charakter przygodny. Dziewczeta te zazwyczaj lubią być adorowane, zwracają uwagę mężczyzn, wikłając się często w związki z założenia trudne do utrzymania (np. z żonatymi mężczyznami). Abraham i Llevelyn-Jones (2001) stwierdzają, iż u podłoża aktywności społecznej i towarzyskości u chorych na bulimię psychiczną leży strach przed samotnością.

Wyniki niniejszego badania sugerują, że sposób spostrzegania jakości funkcjonowania rodziny wpływa na poziom rodzinnego poczucia własnej wartości. Pozytywny odbiór relacji rodzinnych (a raczej ich wyidealizowany obraz) u chorych na anoreksję psychiczną sprawia, iż osiągają one wyższy poziom rodzinnego poczucia własnej wartości w porównaniu z dziewczętami z bulimią psychiczną, które w środowisku domowym dostrzegają napiętą, często wrogą atmosferę i nieudane relacje z bliskimi. Obszerne badania dotyczące jakości relacji rodzinnych w anoreksji i żarłoczności psychicznej przeprowadziła Józefik (2006). Wynika z nich, że pacjentki z anoreksją restrykcyjną bardzo pozytywnie postrzegają swoją relację z rodzicami. Nie dostrzegają one trudności w osiągnięciu autonomii ani w doświadczaniu bliskości w swojej rodzinie pochodzenia. Ogólnie pozytywnie postrzegają rodzinę jako całość, zwracając jedynie uwagę na trudności w zakresie komunikacji i kontroli. Autorka sugeruje, że pacjentki z jadłowstrętem psychicznym podczas oceny swojej rodziny korzystają z takich mechanizmów obronnych, jak zaprzeczanie i idealizacja. Z kolei Jakubczyk i Żechowski (2000) stwierdzają, że dla pacjentek z anoreksją matka stanowi wzór, nie ma w ich ocenie żadnych wad, niezależnie od tego, jaka jest w rzeczywistości. W tym przypadku silnie działają mechanizmy roszczeniowe, związane z koniecznością uchronienia dobrego obrazu matki, oraz mechanizmy wypierania (m.in. zaprzeczanie trudnościom w relacjach z matką). W tych samych badaniach (Jakubczyk, Żechowski, 2000) pacjentki z bulimią psychiczną wskazywały na największe (w porównaniu z chorymi na anoreksję restrykcyjną lub bulimiczną) trudności w osiągnięciu autonomii i doświadczaniu bliskości w relacjach rodzinnych. Bardzo krytycznie oce-

niały funkcjonowanie rodziny we wszystkich badanych wymiarach; były bardzo krytycznie nastawione w stosunku do swoich relacji z ojcem; negatywnie oceniały także relację z matką. Również wyniki uzyskane przez Pawłowską i Masiak (2007) wskazują na liczne dysfunkcje występujące w rodzinach bulimicznych. Otrzymane wyniki potwierdzają przypuszczenia, iż w rodzinach pacjentek z bulimią występuje chaos, napięcie, duża liczba konfliktów, dysfunkcjonalne interakcje, zaburzenia komunikacji, trudności w pełnieniu ról (Vandereycken, 2002).

Z badań Józefik (2006) wynika również, że pacjentki z anoreksją bulimiczną niżej oceniają funkcjonowanie swych rodzin pochodzenia niż chore na anoreksję restrykcyjną, ale wyżej niż dziewczęta z żarłocznością psychiczną. Wskazywały one na problemy w procesie osiągania autonomii oraz doświadczania bliskości w rodzinie pochodzenia, ale w mniejszym nasileniu niż pacjentki z bulimią psychiczną. Oceniały krytycznie funkcjonowanie rodziny jako całości w większości badanych wymiarów. Wzajemną relację córki i matki określały jako pozytywną; nieznaczne trudności dostrzegały jedynie w zakresie wymiany uczuciowej. Natomiast relację z ojcem dziewczęta postrzegały jako negatywną.

Obie badane grupy kliniczne (anoreksja i bulimia) uzyskały niższe średnie wartości w skali rodzinnego poczucia własnej wartości w porównaniu ze zdrowymi dziewczętami (wykres 5). W koncepcjach systemowych (Józefik, Ulańska, 1999) uznaje się, że pewne czynniki rodzinne, np. nieprawidłowa komunikacja, zahamowana lub nazbyt impulsywna ekspresja uczuciowa, nadmierne lub osłabione więzi emocjonalne, włączanie dzieci w konflikt małżeński (triangulacja), niefunkcjonalny sposób rozwiązywania konfliktów, sztywne granice i brak otwartości na oddziaływania zewnętrzne, mają wpływ na pojawienie się oraz podtrzymywanie zaburzeń odżywiania u dziewcząt.

Pacjentki z jadłowstrętem nie są zadowolone ze swojej aktywności zawodowej/szkolnej; twierdzą, że mogłyby osiągnąć więcej niż obecnie, ich pozycja w pracy/szkole jest niższa, niż by tego oczekiwały. Wspomniane przy omawianiu społecznego poczucia własnej wartości badania (Godart i in., 2004) ukazują, iż kobiety z anoreksją lub bulimią psychiczną cechuje nieprzystosowanie w życiu zawodowym (w pracy lub szkole). Można przypuszczać, że charakterystyczny dla nich perfekcjonizm (Shafran i in., 2002), oparty na wysokich wymaganiach i potrzebie osiągnięć, strachu przed porażką czy samokrytycyzmie, wpływa na ich niskie poczucie wartości w aspekcie funkcjonowania zawodowego/szkolnego.

Grupa z anoreksją psychiczną uzyskała niższe wyniki w skali kłamstwa w porównaniu z grupą kontrolną (wykres 5). Jest to rezultat odmienny w stosunku

do stawianej zazwyczaj przez badaczy hipotezy (por. Głębocka, Bednarska, 2005), iż cierpiące na jadłowstręt psychiczny z powodu częstego korzystania z mechanizmów obronnych, zwłaszcza zaprzeczania oraz skłonności do idealizacji i perfekcjonizmu, powinny osiągać wyższe wyniki w skali kłamstwa w porównaniu z grupą kontrolną. Wpływ na uzyskanie odmiennych rezultatów może mieć okres leczenia chorych na jadłowstręt psychiczny. W czasie tego leczenia dziewczęta próbują skonfrontować się ze swoimi wadami i słabościami, ucząc się stosować bardziej dojrzałe mechanizmy obronne niż zaprzeczanie. Równocześnie warto zwrócić uwagę, iż to badane z grupy kontrolnej osiągnęły najwyższe rezultaty w skali kłamstwa, co sugeruje, że zdrowe dziewczęta starają się stawiać siebie w lepszym świetle (społecznie pożądanym), niż jest to zgodne z rzeczywistością.

*Niezadowolenie z ciała
a zmienne psychospołeczne
współwystępujące z zaburzeniami odżywiania*

W drugiej części badania wyróżniono korelaty niezadowolenia z własnego ciała w obu grupach klinicznych. Jest ono związane m.in. z niskim poczuciem własnej wartości dziewcząt. Zarówno w przypadku chorych na anoreksję, jak i pacjentek z bulimią psychiczną stwierdzono zależność pomiędzy niezadowoleniem z własnego ciała a rodzinnym poczuciem własnej wartości. Badania Leunga i współautorów (1996) wykazują, iż przecenianie znaczenia wyglądu oraz ciężaru ciała przez rodzinę bezpośrednio przyczynia się do rozwoju niezadowolenia z własnego wyglądu u dorastających dziewcząt, co wpływa wprost na rozwój zaburzeń odżywiania. Zachęcanie córek przez rodziców do diety dodatnio koreluje z przekonaniami i zachowaniami dziewcząt prowadzącymi do utraty wagi oraz ze spostrzeganym przez nie naciskiem na bycie szczupłą (Dixon i in., 1996).

U pacjentek chorych na bulimię psychiczną niezadowolenie z własnego ciała koreluje ujemnie z ogólnym poczuciem wartości; brak satysfakcji związanej z pozytywnym doznawaniem swojego ciała wpływa u tych dziewcząt na wysoki stopień rozbieżności pomiędzy ich „ja realnym” a „ja idealnym”, co obniża ich poczucie wartości, powoduje smutek, przygnębienie, wstyd, lęk.

Można przypuszczać, że odnotowany u pacjentek z anoreksją psychiczną związek pomiędzy niezadowoleniem z ciała a poczuciem własnej wartości w sferze zawodowej/szkolnej wskazuje na wpływ negatywnej postawy wobec swego ciała na zaburzone funkcjonowanie w życiu zawodowym/szkolnym. Wydaje się,

że wspólnym czynnikiem, łączącym brak zadowolenia z własnego ciała, jak i obniżone poczucie własnej wartości w aspekcie zawodowym/szkolnym u chorych na anoreksję psychiczną, jest silny perfekcjonizm, potrzeba osiągnięć oraz wysokie wymagania stawiane wobec własnej osoby.

Jedną z cech różniących chore na bulimię od chorych z anoreksją psychiczną jest sposób wyrażania przez nie złości. Dziewczeta z bulimią zazwyczaj ją eksterioryzują, co znajduje również odzwierciedlenie w uzyskanych w niniejszym badaniu korelacjach. Z niezadowoleniem z własnego ciała w tej grupie klinicznej koreluje uzewnętrznianie złości. Może to oznaczać, że im większe niezadowolenie ze swojego wyglądu dziewczeta odczuwają, tym częstsze i silniejsze są u nich reakcje złości wyrażane bezpośrednio wobec środowiska zewnętrznego. Obniżona samoocena, spowodowana m.in. niesatysfakcjonującą masą i kształtem ciała, powoduje, że chore te nie potrafią zapanować nad swoimi negatywnymi emocjami, ich natężeniem, wyrażając je dobitnie w postaci złości, gniewu czy agresji.

Równocześnie zwraca uwagę kolejna uzyskana zależność związana z niezadowoleniem z własnego ciała u chorych na bulimię psychiczną, mianowicie kontrola w uzewnętrznianiu złości. Ponieważ korelacja nie określa kierunku zależności, możemy przypuszczać, że im silniejsza w tej grupie klinicznej kontrola w eksterioryzacji złości, tym większe niezadowolenie z własnego ciała. Niemożność jawnego wyrażenia negatywnych emocji, konieczność tłumienia ich w sobie w określonych sytuacjach społecznych w przypadku dziewcząt z tej grupy klinicznej wpływa na dodatkowe gromadzenie się w nich nieprzyjemnych uczuć; chore na żarłoczność psychiczną są zazwyczaj ekstrawertywne i poprzez liczne kontakty z innymi ludźmi (a zwłaszcza kontakty seksualne) starają się poprawić swoje zaniżone poczucie wartości i poczuć się bardziej atrakcyjnymi. W przypadku gdy przestają one wyrażać swoje uczucia, nadmiernie je kontrolując, gdy zamykają się w „kokonie” swojej złości, osłabiając swą aktywność w życiu towarzyskim, tracą w konsekwencji otrzymywane wcześniej od innych ludzi „głoski”, co może wpływać na pogłębianie się niezadowolenia ze swojego ciała.

Wcześniejsze badania (Espina i in., 2002) wskazują, iż koncentracja na kształcie ciała wzrasta wraz z wiekiem. Może być to jednym z powodów stwierdzonej w grupie pacjentek z anoreksją psychiczną zależności pomiędzy niezadowoleniem z własnego ciała a wiekiem. Z wiekiem wzrasta bowiem presja oczekiwań społecznych skierowanych w stosunku do dziewcząt, mnożą się obowiązki, nakładane są na nie nowe role społeczne (również seksualna, a w związku

z nią postrzegana presja bycia atrakcyjną fizycznie), do których chore na żarłoczność psychiczną nie są często przygotowane. Czując się niepełnowartościowe, niezadowolone ze swojego wyglądu, a równocześnie niepewne swej roli w szybko zmieniającym się świecie, wraz z wchodzeniem w dorosłość przejawiają coraz większe trudności przystosowawcze w różnych sferach życia społecznego. To jeszcze wzmacnia, na zasadzie „błędnego koła”, ich niezadowolenie z samych siebie i z własnego ciała oraz potęguje zarówno problemy intrapsychiczne, jak i interpersonalne.

Uzupełnienie listy zmiennych związanych z niezadowoleniem z własnego ciała o uzyskane w niniejszym badaniu korelaty pozwala zwrócić baczniejszą uwagę na czynniki współwystępujące u dziewcząt z brakiem akceptacji swojego ciała i negatywnych uczuć dotyczących własnego wyglądu, w dużej mierze odpowiedzialnych za pojawienie się u nich zaburzeń odżywiania.

WNIOSKI

U badanych dziewcząt z jadłowstrętem i bulimią psychiczną niezadowolenie z własnego ciała, poziom objawów depresji oraz zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli były istotnie wyższe aniżeli w grupie kontrolnej. Dodatkowo pacjentki z żarłocznością psychiczną miały istotnie wyższy poziom objawów lęku oraz eksterioryzacji złości w porównaniu ze zdrowymi studentkami, natomiast chore na anoreksję psychiczną osiągnęły wyższy wynik w podskali interioryzacji złości. W grupach klinicznych stwierdzono istotnie statystycznie niższe średnie wartości we wszystkich wymiarach dotyczących poczucia własnej wartości. Ponadto pacjentki z anoreksją psychiczną uzyskały niższe wyniki w skali kłamstwa.

Otrzymane wyniki badań mogą poszerzyć zakres wiedzy na temat struktury funkcjonowania osób z jadłowstrętem i bulimią psychiczną w kontekście omawianych zmiennych. Rezultaty badań uwzględniają implikacje praktyczne w aspekcie przeciwdziałania, jak i leczenia zaburzeń odżywiania. Mogą wspomóc proces psychologicznego diagnozowania, a jednocześnie przyczynić się do sporządzania bardziej wnikliwego oraz zindywidualizowanego modelu postępowania terapeutycznego.

Mimo iż badania zostały przeprowadzone w Polsce i za granicą, różnice kulturowe nie stanowiły celu badań. Kryterium doboru pacjentek z anoreksją i bulimią była diagnoza kliniczna (zgodna z klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, 1994). Wątek transkulturowy został szerzej omówiony

w innych badaniach (Brytek-Matera, 2007, 2008b; Brytek-Matera, Schiltz, 2009), w których podjęto próbę weryfikacji wpływu czynników społeczno-kulturowych (normy rodzinno-społeczne, model wychowania, sytuacja społeczno-ekonomiczna) na zaburzenia odżywiania u pacjentek narodowości polskiej i francuskiej.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, S., Llevelyn-Jones, D. (2001). *Bulimia i anoreksja. Zaburzenia odżywiania*. Warszawa: Wydawnicwo Prószyński i S-ka.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bennett, W., Gurin, J. (1982). *The dieter's dilemma*. New York: Basic Books.
- Bomba, J., Józefik, B. (2003). *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu?* Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Brytek, A. (2005). *Contribution des modèles sur l'autorégulation du comportement dans la compréhension des troubles alimentaires. Perspectives interculturelles* (mps pracy doktorskiej, Metz, Université Paul Verlaine).
- Brytek-Matera, A. (2007). Ocena poczucia własnej wartości w jadłowstręciu i bulimii psychicznej: badania porównawcze. *Psychoterapia*, 3, 53-65.
- Brytek-Matera, A. (2008a). *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin.
- Brytek-Matera, A. (2008b). Anorexia nervosa and emotional symptoms: A cross-cultural study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 39-46.
- Brytek-Matera, A., Schiltz, L. (2009). Cross-cultural examination of the relationship between negative mood states, body image and eating disorders. *Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand Duché de Luxembourg*, 1, 11-25.
- Bulik, C. M. (2002). Anxiety, depression and eating disorder. W: C. G. Fairburn, K. D. Brownell (red.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (s. 193-199). New York: Guilford Press.
- Chuchra, M., Drzazga, K., Pawłowska, B. (2006). Postawy rodzicielskie a poczucie kontroli w percepcji dziewcząt z anoreksją. *Psychiatria Polska*, 40, 4, 731-742.
- Coopersmith, S. (1984). *Manuel d'Inventaire d'Estime de Soi*. Paris: CPA.
- Dixon, R., Adair, V., O'Connor, S. (1996). Parental influences on the dieting beliefs and behaviors of adolescent females in New Zealand. *Journal of Adolescent Health*, 19, 4, 303-307.
- Espina, A., Asunción Ortego, M., Ochoa de Alda, I., Aleman, A., Juaniz, M. (2002). Body shape and eating disorders in a sample of students in the Basque country. *Psychology in Spain*, 6, 3-11.
- Fassino, S., Daga, G. A., Pierò, A., Leombruni, P., Rovera, G. G. (2001). Anger and personality in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 6, 757-764.

- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J. (1983). The Eating Disorder Inventory: A measure of cognitive-behavioral dimensions of anorexia nervosa and bulimia. W: P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, D. V. Coscina (red.), *Anorexia nervosa: Recent developments in research* (s. 173-184). New York: Alan R. Liss.
- Głębocka, A., Bednarska, M. (2005). Wizerunek ciała kobiet cierpiących na anoreksję. W: A. Głębocka, J. Kulbat (red.), *Wizerunek ciała. Portret Polek* (s. 79-93). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Gokart, N. T., Perdereau, F., Curt, F., Lang, F., Venisse, J. L., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P., Flament, M. F. (2004). Predictive factors of social disability in anorexic and bulimic patients. *Eating and Weight Disorders*, 9, 4, 249-257.
- Grabhorn, R., Stenner, H., Kaufbold, J., Overbeck, G., Stangier, U. (2005). Shame and social anxiety in anorexia and bulimia nervosa. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51, 2, 179-193.
- Hinrichsen, H., Sheffield, A., Waller, G. (2007). The role of parenting experiences in the development of social anxiety and agoraphobia in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 3, 285-290.
- Jablow, M. (2000). *Na bakier z jedzeniem. Anoreksja, bulimia, otyłość*. Gdańsk: GWP.
- Jakubczyk, A., Żechowski, C. (2000). Psychoanalityczne poglądy na zaburzenia odżywiania się. W: I. Namysłowska (red.), *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia* (s. 95-106). Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Józefik, B. (2006). *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik, B., Ulasińska, R. (1999). Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się. W: B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie zaburzeń odżywiania* (s. 88-103). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Knauss, C., Paxton, S. J., Alsaker, F. D. (2007). Relationships amongst body dissatisfaction, internalisation of the media body ideal and perceived pressure from media in adolescent girls and boys. *Body Image*, 4, 4, 353-360.
- Leung, F., Schwartzman, A., Stieger, H. (1996). Testing a dual-process family understanding the development of eating disorders psychopathology: A structural modeling analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 4, 367-375.
- Levine, M. P., Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*, 1, 57-70.
- Loas, G., Dardennes, R., Dhee-Perot, P., Leclerc, V., Fremaux, D. (1994). Opérationnalisation du concept de „lieu de contrôle”: traduction et première étude de validation de l'échelle de contrôle de Levenson (IPC: The Internal Powerful Others and Chance Scale). *Annales Médico-Psychologiques*, 152, 7, 466-469.
- Łucka, I. (2004). Zaburzenia depresyjne współwystępujące z jadłowstrętem psychicznym. *Psychiatria Polska*, 38, 4, 621-629.
- Malinowska, K. (2007). Realny i idealny obraz siebie u osób po próbach samobójczych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 20 (sectio J), 87-100.
- Pawłowska, B., Masiak, M. (2007). Analiza danych demograficznych i relacji w rodzinach kobiet z bulimią. *Psychiatria Polska*, 41, 3, 365-376.

- Peñas-Lledó, E., Vaz, F. J., Ramos, M. I., Waller, G. (2002). Impulsive behaviors in bulimic patients: Relation to general psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 1, 98-102.
- Presnell, K., Bearman, S. K., Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 4, 389-401.
- Preti, A., Incani, E., Camboni, M. V., Petretto, D. R., Masala, C. (2006). Sexual abuse and eating disorder symptoms: The mediator role of bodily dissatisfaction. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 6, 475-481.
- Preti, A., Incani, E., Camboni, M. V., Petretto, D. R., Masala, C. (2008). Prevalence of symptoms of anorexia nervosa and dissatisfaction with body image among female adolescents in Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 3, 503-512.
- Raimbault, G., Eliacheff, C. (1989). *Les indomptables. Figures de l'anorexie*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Rosen, J. C., Ramizer, E. (1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 3-4, 441-449.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.
- Shafran, R., Cooper, Z., Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behavior Research and Therapy*, 40, 7, 773-791.
- Sjöö, M., Mor, B. (1987). *The great cosmic mother: Rediscovering the religion of the Earth*. San Francisco: Harper San Francisco.
- Slade, P. D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.
- Strober, M. (1982). Locus of control, psychopathology, and weight gain in juvenile anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 1, 97-106.
- Troisi, A., Di Lorenzo, G., Alcini, S., Nanni, R. C., Di Pasquale, C., Siracusano, A. (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: Relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68, 3, 449-453.
- Vandereycken, W. (2002). Families of patients with eating disorders. W: C. G. Fairburn, K. D. Brownell (red.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (s. 215-220). New York: Guilford Press.
- Van Elderen, T., Maes, S., Komproue, I., van der Kamp, L. (1997). The development of an anger expression and control scale. *British Journal of Health Psychology*, 2, 269-281.
- Zigmond, A., Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 6, 361-370.

BODY DISSATISFACTION
AND PSYCHOSOCIAL VARIABLES ASSOCIATED
WITH EATING DISORDERS

S u m m a r y

The aim of this study was to analyze the relationship between body dissatisfaction and personality variables among anorexic and bulimic women. Method: 109 patients with a DSM-IV-based diagnosis of anorexia ($n = 65$) or bulimia nervosa ($n = 44$) were examined. The control group consisted of 65 healthy women. The Body Dissatisfaction subscale of the Eating Disorders Inventory, Self-Esteem Inventory, the Self-Expression and Control Scale, the Hospital Anxiety and Depression Scale, and the Internal Powerful Others and Chance Scale were used in the study. Results: Body dissatisfaction, anger out, external control and belief in chance were significantly lower in the anorexic group as compared to the bulimic group. Additionally, the women suffering from anorexia had significantly higher family self-esteem and internal control. In the clinical sample of female adolescents suffering from anorexia, a correlation was found between body dissatisfaction and: age ($r = 0,440$; $p < 0,01$), family self-esteem ($r = -0,433$; $p < 0,01$) and professional self-esteem ($r = -0,412$; $p < 0,01$). However, the body dissatisfaction in patients with bulimia nervosa was related to anger out ($r = 0,434$; $p < 0,01$), anger out control ($r = 0,350$; $p < 0,01$), general self-esteem ($r = -0,438$; $p < 0,01$) and family self-esteem ($r = -0,364$; $p < 0,05$). Conclusion: In the population suffering from anorexia and bulimia nervosa, the slim silhouette was found to be an important factor affecting self-image. Body dissatisfaction should be regarded as one of many factors influencing the development of psychopathology of eating disorders.

Key words: body dissatisfaction, self-esteem, anger expression, locus of control, depression, anxiety, eating disorders.