Barbara Koc-Kozłowiec

Nienawiść w relacji intrapersonalnej osób z anoreksją

W *Słowniku języka polskiego* pod hasłem „nienawiść” czytamy: „uczucie silnej niechęci, wrogości do kogoś lub czegoś”¹. Nienawiść może być dzika, gwałtowna, zagorzała, skryta lub zażarta. W nienawiści można trwać, tłumić ją oraz powziąć bądź siać nienawiść. Synonimy słowa „nienawiść” to np. agresja, wrogość, obrzydzenie, gniew, pogarda, antypatia itp.² Nienawiść jest postrzegana również jako brak miłości do siebie i innych ludzi. Tam, gdzie brakuje miłości, wdzierają się nienawiść. Nienawiść do siebie jest bezpośrednią konsekwencją braku miłości. Aby pokochać siebie, trzeba najpierw doświadczyć miłość innych. Pokochać siebie może jedynie ten, kto otworzył się na miłość i czuje się w pełni kochany. Nienawidzi zaś swego życia ten, kto czuje się odrzucony, poniżony, znienawidzony przez innych. Nasz stosunek do własnego życia jest w pewnym sensie odbiciem naszego doświadczenia miłości innych: Boga i ludzi³.

Przedmiotem badań jest nienawiść w relacji intrapersonalnej (nienawiść w relacji ja-ja) u osób chorych na anoreksję. Celem przeprowadzonych badań było pokazanie, jak postrzegają siebie oraz jak odnoszą się wobec siebie osoby dotknięte jadłowstrętem psychicznym.

¹ M. Szymczak, *Słownik języka polskiego*, Warszawa 1984, t. 2, s. 342.

² Zob. S. Skorupka, *Słownik wyrazów bliskoznacznych*, Warszawa 1984, s. 104.

³ Zob. J. Augustyn, *Dlaczego ludzie nienawidzą siebie?*, <http://www.deon.pl/religia/duchowosc-i-wiara/zycie-i-wiara/art,379,dlaczego-ludzie-nienawidza-siebie.html> (08.12.14).

Relacja intrapersonalna

Życie człowieka opiera się na dwóch typach relacji: interpersonalnej i intrapersonalnej. Pierwszy typ to kontakty ze światem zewnętrznym (relacja ja-inni oraz inni-ja), drugi typ relacji to relacja ja-ja. Kontakty z innymi ludźmi obejmują poznawanie i rozumienie, działanie i wpływanie, ocenianie i ustosunkowanie, wzajemne komunikowanie, wspólną pracę i zabawę. W relacjach międzyludzkich zwraca się uwagę na okazywanie zrozumienia, pomaganie, docenianie i akceptowanie, życzliwość i lojalność oraz współpracę.

Poprzez analogię do relacji interpersonalnej w relacji z samym sobą osoba może przyjąć dwie formy kontaktu: pozytywną i negatywną⁴. Postawa pozytywna wobec siebie to rozumienie i akceptacja siebie, wspieranie i lubienie siebie, traktowanie siebie z szacunkiem i bycie ważnym dla siebie. Dobra relacja ja-ja jest podstawą zdrowia psychicznego i daje satysfakcję z życia. Możliwa jest także negatywna relacja intrapersonalna, czyli relacja bycia niedobrym dla siebie. Wiele osób walczy ze sobą, a ich życie jest pełne lęku, smutku i gniewu.

Osoby, u których dominuje negatywny stosunek do siebie, żyją w ciągłym napięciu wytwarzanym przez zmaganie ze sobą, które pochłania ich energię i burzy spokój wewnętrzny⁵.

Stosunek do samego siebie tworzony jest we wczesnych okresach życia w wyniku naśladownictwa tego, jak osoby opiekujące się dzieckiem (osoby ważne) odnosiły się do niego (sposoby komunikowania się, formułowanie oczekiwań, wymagania, ekspresja uczuć, metody nagradzania/karania). W ten sposób człowiek uczy się podstaw traktowania samego siebie w sposób podobny do tego, jak był traktowany przez opiekunów. Dziecko jest nie tylko biorcą wpływów otoczenia, ale stara się także na nie wpływać. W ten sposób dochodzi do zapisywania się i utrwalania śladów tych doświadczeń, które są związane z próbami interpretacji przyczyn zachowań i postaw własnych rodziców. Dziecko stara się wyobrazić sobie, jak powinno postępować, by zyskać miłość i akceptację rodziców⁶. W kolejnych latach ży-

⁴ Zob. J. Mellibruda, *Być dobrym dla samego siebie – o sztuce stawania się swoim przyjacielem*, Warszawa 1989, s. 65.

⁵ Zob. G. Massa, *Kształtowanie samego siebie*, tłum. B. Bochenek, Kraków 2007, s. 77–79.

⁶ Zob. D. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, przeł. A. Wojciechowski, Poznań 2007, s. 230.

cia człowiek uczestniczy w relacjach z innymi osobami, które mogą wpływać na kształtowanie się relacji ja-ja. Dotyczy to doświadczeń uzyskiwanych w grupach rówieśniczych w okresie adolescencji oraz w związkach miłosnych. Zatem stosunek do samego siebie oraz formy kontaktu z sobą samym są wynikiem wzajemnie nakładających się różnych doświadczeń. Relacje z innymi osobami są zróżnicowane, może to powodować brak spójności w postrzeganiu samego siebie i stosunku do siebie samego⁷. Ślady po relacjach z innymi osobami konstruują zarys dość trwałej formy organizacji różnych procesów psychicznych, która wywiera istotny wpływ na sposób doświadczania kontaktu z sobą samym. Osoby, które nisko cenią siebie, często na zewnątrz prezentują pewność siebie i takie wrażenie wzbudzają u innych. Ludzie pozytywnie nastawieni do siebie są bardziej zdolni doświadczać zadowolenia z siebie, mają zaufanie do siebie, odczuwają wewnętrzny spokój i rozluźnienie⁸.

Obraz siebie

Obraz siebie można zdefiniować jako „zorganizowany zespół cech, które jednostka nauczyła się na podstawie wcześniejszych i aktualnych doświadczeń uznawać za własne, pełniący funkcję integracyjną struktury osobowości i powtarzalność zespołów schematów zachowań”⁹. Na obraz siebie składają się trzy elementy: wiedza o sobie samym (element deskryptywny), poczucie własnej wartości (element wartościujący) oraz ideał własnej osoby (element normatywny)¹⁰. Na wiedzę o sobie samym składa się kilka rodzajów danych dotyczących: tożsamości, wyglądu zewnętrznego, możliwości i zdolności, temperamentu, oceny jednostki przez otoczenie. Nie jest to zwykła suma informacji, lecz systemy o określonej organizacji, powstałe przez łączenie się informacji. Wiedza ta gromadzi się w formie oczekiwań (schematów

⁷ Zob. J. Rowan, M. Cooper, *Jekyll I Hyde. Wielorakie Ja w współczesnym świecie*, Gdańsk 2008, s. 186.

⁸ Zob. *Najważniejsza relacja w twoim życiu – relacja z samym sobą*, <http://polskaakademianlp.pl/wiedza/artykuly/najwazniejsza-relacja-w-twoim-zyciu-relacja-z-samym-soba/> (17.12.2014).

⁹ Zob. S. Siek, *Wybrane metody badania osobowości*, Warszawa 1983, s. 274.

¹⁰ M. Kurek, *Obraz siebie i ocena własnej sytuacji w otoczeniu*, http://www.media.edu.pl/przedsiębiorczosc/obraz_siebie.htm (11.12.2014).

poznawczych), dzięki którym docierające informacje są w określony sposób porządkowane. Mogą mieć dwojaką formę: niezwerbalizowane poczucie własnego „ja” oraz „ja” świadome¹¹. Jednostka ocenia siebie i swoje możliwości przez pryzmat szans na osiągnięcie określonego celu – zaspokojenia własnych potrzeb lub spełnienia wymagań otoczenia. Rezultatem tego ciągłego oceniania jest pewien wzór własnych cech. Ocenianie dokonuje się poprzez porównywanie swoich właściwości z jakimś wzorem. Taki wzór to z jednej strony idealne wyobrażenie samego siebie, a z drugiej inni ludzie, grupy społeczne. Można więc mówić o zewnętrznym i wewnętrznym kryterium zbioru samoocen – poczuciu własnej wartości¹². Idealny obraz samego siebie, podobnie jak samoocena, ma pochodzenie wewnętrzne (cele, aspiracje), zewnętrzne i społeczne (opinie innych ludzi)¹³. Na formowanie obrazu siebie mają wpływ bodźce płynące z własnego ciała (chodzi tu o stan zdrowia i wygląd zewnętrzny), oddziaływania rodzicielskie (rodzice uczą dziecko określonych schematów zachowań adekwatnych do danej sytuacji i w tych warunkach dających komfort psychiczny). Podstawowym źródłem wiedzy o samym sobie, dostarczającym materiału do formowania się obrazu siebie, jest porównywanie siebie i swojej sytuacji z innymi¹⁴. Dowiadywanie się czegoś o sobie, rozumienie siebie polega na identyfikowaniu siebie, rozpoznawaniu siebie, odróżnianiu „ja” od „nie ja”, co pozostaje w ścisłym związku z obecnością innych ludzi stanowiących bliższe lub dalsze otoczenie. Podstawą takiej kategoryzacji jest porównywanie siebie z innymi ludźmi¹⁵. Wzajemne ocenianie i porównywanie występuje w relacjach: jednostka–jednostka, jednostka w grupach, jednostka poza grupami.

Obraz własnego ciała (*body image*) to zmysłowy obraz rozmiarów, kształtów i formy ciała oraz uczucia dotyczące tych wymienionych cech całego ciała lub tylko jego określonej części¹⁶. Można powiedzieć,

¹¹ Zob. M. Leary, *Wywieranie wrażenia na innych*, przekł. A. Kacmajor, M. Kacmajor, Gdańsk 1999, s. 24.

¹² Zob. A. Brzezińska, J. Janiszewska-Rain, *W poszukiwaniu złotego środka. Rozmowy o rozwoju człowieka*, Kraków 2005, s. 79.

¹³ Zob. *Obraz siebie i ocena własnej sytuacji w otoczeniu*, http://www.media.edu.pl/przedsiębiorczosc/obraz_siebie.htm (22.12.2014).

¹⁴ Zob. A. Brzezińska, *Dorosłość – szanse i zagrożenia dla rozwoju*, Poznań 2002, s. 18.

¹⁵ Zob. M. Jarymowicz, *Psychologia tożsamości*, Gdańsk 2000, s. 119.

¹⁶ Zob. J. Borysenko, *Księga życia kobiety*, Gdańsk 1999, s. 62.

że obraz ciała to rysunek ciała formowany w umyśle, który jest sposobem pojawiania się własnego ciała dla samego siebie. Na obraz ciała mają wpływ dwie składowe: *body percept* (wewnętrzny, wzrokowy obraz kształtu i rozmiaru ciała) i *body concept* (postawa, czyli przekonania i uczucia względem własnego ciała, poziom satysfakcji z ciała, zadowolenie z jego wyglądu)¹⁷. Wzrokowy obraz ciała może być adekwatny lub nieadekwatny do rzeczywistości. Także zadowolenie ze swojego wyglądu może przybierać wartość binarną, czyli pozytywną bądź negatywną.

Obraz własnego ciała jest częścią obrazu siebie i wywiera istotny wpływ na postępowanie wobec siebie i innych ludzi oraz wpływa na sposób reagowania na pojawiające się bodźce ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego. Jeśli osoba postrzega własne ciało zgodnie z rzeczywistością i jest z niego zadowolona, jest również skłonna doświadczać pozytywnych myśli i emocji na własny temat oraz odczuwać względną swobodę w relacjach interpersonalnych. Kiedy spostrzeganie własnego ciała nie jest zgodne z rzeczywistością albo gdy – niezależnie od tej zgodności – stosunek do własnego wyglądu jest negatywny. Może wówczas dojść do rozwoju różnorodnych zaburzeń emocjonalnych i psychicznych¹⁸.

Kształtowanie się obrazu ciała jest związane z dojrzewaniem centralnego układu nerwowego i zaczyna się od doznań z proprioceptorów w mięśniach i stawach, co ma miejsce prawdopodobnie już w okresie prenatalnym, kiedy dziecko odbiera różnorodne bodźce płynące z ciała¹⁹. Postrzeganie to początkowo ma charakter globalny (przyjemny lub przykry) i zależy od stanu organizmu i zaspokojenia jego potrzeb fizycznych. W okresie dzieciństwa najistotniejsze znaczenie dla obrazu ciała mają trzy osiągnięcia rozwojowe²⁰. Pierwsze z nich (około 2 roku życia) to odróżnianie się od innych osób. Drugie osiągnięcie (4–5 rok życia) to identyfikowanie się z własną płcią oraz

¹⁷ Zob. J. Rabe-Jabłońska, A. Dunajska, *Poglądy na temat zniekształconego obrazu ciała dla powstawania i przebiegu zaburzeń odżywiania*, „Psychiatria Polska” 31 (6) 1997, s. 723–738.

¹⁸ Zob. H. Lacey, S. Birtchnell, *Body image and its disturbances*, „Journal of Psychosomatic Research” 30 (6) 1986, s. 623–631.

¹⁹ K. Ostrowski, *Embriologia człowieka*, Warszawa 1988, s. 152.

²⁰ Zob. S. Siek, *Rozwój potrzeb psychicznych, mechanizmów obronnych i obrazu siebie*, Warszawa 1984, s. 48; G. Waller, J. Barnes, *Preconscious processing of body image cues. Impact on body percept and concept*, „Journal of Psychosomatic Research” 2002, 53, s. 1037–1041.

zdolność do tworzenia względnie adekwatnych rysunków figur ludzkich bądź trójwymiarowych konstrukcji ciała człowieka. Około 9 roku życia następuje trzecie osiągnięcie – pojawia się zdolność do właściwej oceny rozmiarów ciała. W okresie dojrzewania nasila się natomiast zainteresowanie wyglądem i funkcjonowaniem ciała. Kształtuje się wtedy emocjonalny stosunek do własnego wyglądu oraz wynikająca między innymi z tego samoocena. Na obraz własnego ciała w okresie adolescencji wpływają nie tylko obserwowane zmiany w wyglądzie i funkcjonowaniu organizmu, ale także ukształtowane w dzieciństwie przekonanie o własnej atrakcyjności, poczucie własnej wartości. Duże znaczenie mają opinie, jakie osoba odbiera na temat własnego wyglądu, zwłaszcza od osób znaczących (rodziców, opiekunów), a w późniejszym okresie od partnera. Nie można również zapomnieć o wpływie mediów i kulturowych wzorach kształtujących ideał obrazu ciała.

Podstawowym elementem obrazu własnego ciała jest jego masa i to ona ma zasadniczy wpływ na akceptację siebie lub jej brak. Badania wykazują, że 90 proc. kobiet rasy białej jest niezadowolonych ze swojej wagi i ponad połowa z nich (62 proc.) stosuje dietę²¹. Tendencji takiej nie obserwuje się wśród kobiet rasy czarnej, na co największy wpływ mają prawdopodobnie odmienne przekonania kulturowe dotyczące wyglądu.

Nie zawsze kształtujący się w toku indywidualnego rozwoju jednostki obraz ciała jest adekwatny i pozytywny. Zakłada się, że poszczególne obszary własnego ciała: właściwa ocena rozmiarów, postawa emocjonalna wobec niego oraz doświadczania wrażeń z ciała mogą być zaburzone. Stać się tak może m.in. w wyniku nieprawidłowego rozwoju intelektualnego, ograniczonej sprawności motorycznej, występowania przewlekłych schorzeń somatycznych oraz czynników społecznych (oceny innych osób z otoczenia). Akceptacja swojego wyglądu i skuteczne posługiwanie się własnym ciałem jest jednym z zadań rozwojowych przypisanych do okresu adolescencji²².

²¹ M. Bąk-Sosnowska, Wpływ obrazu własnego ciała na funkcjonowanie psychiczne, <http://www.psychiatria.pl/arttykul/wpływ-obrazu-własnego-ciała-na-funkcjonowanie-psychiczne/3361.html> (12.12.2014).

²² Zob. M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa, *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa 2006, t. 3, s. 68.

Anoreksja – zaburzenie odżywiania

Zaburzenia odżywiania charakteryzują się nieprawidłowym stosunkiem do jedzenia, z towarzyszącymi temu zjawisku złożonymi objawami natury psychicznej i somatycznej. Zaburzenia te stanowią poważny problem natury medycznej, jak i społecznej, ponieważ często skutkują znaczącym upośledzeniem zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego. Nierzadko w ich przebiegu występują powikłania somatyczne.

Anoreksja jest – obok bulimii – najbardziej znanym zaburzeniem odżywiania. Na podstawie danych epidemiologicznych stwierdza się, że²³: częstotliwość występowania anoreksji (w ciągu całego życia) wynosi od 0,5 do 3,7 proc. populacji. W populacji młodzieży anoreksja rejestrowania jest w grupie od 0,5 do 1 proc. Największa zachorowalność przypada na okres pomiędzy 15 a 19 rokiem życia, widoczna jest przewaga zachorowań u dziewcząt. Pojęcie *anorexia* powstało przez połączenia greckich słów: *an* (pozbawienie, brak) oraz *orexis* (apetyt) i jest ogólnym określeniem na brak łaknienia lub awersję do przyjmowania pokarmu²⁴.

W obrazie klinicznym zaburzenia występuje nieprawidłowa ocena własnego wyglądu (samo ocenianie siebie jako osoby otyłej) oraz chorobliwy strach przed wzrostem masy ciała, co powoduje znaczne ograniczenie przyjmowanego pożywienia²⁵. Występują również obejmujące wiele układów zaburzenia endokrynne przejawiające się zanikiem miesiączkowania u kobiet (wyjątkiem jest występowanie krwawień u kobiet po substytucyjnym leczeniu hormonalnym), a u mężczyzn utratą seksualnych zainteresowań i potencji. Pierwsze wzmianki dotyczące świadomego ograniczania ilości i rodzaju pokarmu pochodzą ze średniowiecznych opisów żywotów świętych, np. św. Grzegorza z Nazjanzu czy św. Szymona Słupnika. Umartwianie ciała stanowiło bowiem wyraz służby Bożej. Katarzyna ze Sieny uważała natomiast, że jej ograniczanie pokarmu zostało podyktowane bezpośrednio przez Boga. Niemniej post był zawsze jednym z elementów dążenia do umocnienia

²³ Zob. Biuletyn informacyjny OIPiP, http://www.oipip-poznan.pl/index.php?modul=b34_10_12 (15.12.2014).

²⁴ M. Pilecki, *Historia zaburzeń odżywiania się*, [w:] B. Józefik, *Anoreksja i bulimia psychiczna*, Kraków 1999, s. 74–76.

²⁵ Zob. R. Carson, J. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, przekł. W. Dietrich, Gdańsk 2005, t. 2, s. 444n.

w duchowości. Zdania na temat, czy przypadki „świętego jadłowstrętu” były średniowiecznymi odpowiednikami jadłowstrętu psychicznego, są podzielone. Pojawia się także pojęcie *anorexia mirabilis* dla rozpoznania anoreksji psychicznej wpisanej w religijny świat chorego²⁶. Pod koniec średniowiecza przypadki świętego jadłowstrętu zaczęły zmieniać swój charakter i stawały się wydarzeniem o charakterze jarmarcznym. Między XVI a XVIII wiekiem zaczął się rozwijać fenomen tzw. poszczących dziewcząt, które dzięki samogłodzeniu uzyskiwały doskonałą kondycję zdrowotną i były prezentowane na dworach i jarmarcznych odpustach. Poszczące dziewczyny były postrzegane jako wyraz Bożej obecności na ziemi, a później jako rodzaj naturalnego fenomenu.

Proces sekularyzacji i postęp wiedzy medycznej doprowadziły do stopniowego pomniejszania wiary w ponadnaturalny charakter głodzenia. Lekarze zaczęli więc podkreślać patologiczny charakter samogłodzenia, jednak większość medycznych teorii rywalizowało ze sobą. Jeszcze w wieku XIX popularne było przekonanie, że człowiek może się żywić, resorbując z powietrza cząstki elementarne wystarczające do pokrycia jego zapotrzebowania energetycznego.

Pierwszy opis klasycznych objawów jadłowstrętu psychicznego przypisuje się angielskiemu lekarzowi Williamowi Mortonowi, który w 1714 roku opisał przypadek dwudziestoletniej dziewczyny, której przypisywał odmianę gruźlicy przebiegającą bez gorączki i duszności i charakteryzującą się utratą apetytu, zanikiem miesiączki, zaparciami, nadmierną aktywnością, wyniszczeniem i brakiem troski o zdrowie²⁷.

Swoją kliniczną karierę *anorexia nervosa* rozpoczęła w XIX wieku. Początkowo ówczesni badacze opisujący objawy jadłowstrętu czynili to w kontekście histerii lub tzw. genitalnej nerwicy kobiet. Jadłowstręt psychiczny, nazywany początkowo przez Williama Gulla *apepsia histeria*, potraktowany został jako choroba o źródłach psychicznych powiązanych z sytuacją rodzinną pacjenta²⁸. *Anorexia nervosa* została opisana przez sir Gulla jako choroba dotycząca przede wszystkim młodych kobiet (z zaznaczeniem, że znane są przypadki zachorowań wśród osób

²⁶ Zob. M. Krupa, *Zaburzenia odżywiania na kartach historii*, <http://www.fecwis.org/artikul/zaburzenia-odzywiania-na-kartach-historii> (12.12.2014).

²⁷ M. Krupa, *Zaburzenia odżywiania na kartach historii*, dz. cyt.

²⁸ *Jadłowstręt psychiczny*, http://pl.wikipedia.org/wiki/Jad%C5%82owstr%C4%99t_psychiczny (17.12.2014).

starszych oraz mężczyzn)²⁹. Jako objawy podano: spadek wagi bez towarzyszących widocznych chorób organicznych, zanik miesiączki, wolny metabolizm, skłonność do irytacji. Szczególną uwagę zwrócił Gull na niezwykłą aktywność swoich pacjentek i rozpierająca je energię, pomimo tego, że były one wychudzone i nie spożywały posiłków adekwatnych do ich zapotrzebowania energetycznego. Jako przyczynę anoreksji Gull wymienił „perwersję ego”, a w ogólnym opisie podkreślał psychologiczne tło choroby. Zalecane leczenie obejmowało karmienie chorych w regularnych odstępach czasu, otoczenie osobami mającymi autorytet oraz odcięcie od rodziny i otoczenia.

W latach czterdziestych jadłowstręt psychiczny tłumaczono nieświadomymi fantazjami i wstrętem do życia seksualnego. W latach siedemdziesiątych coraz częściej mówiło się o czynniku rodzinnym jako podstawowym źródle choroby, natomiast później zaczęto zwracać też większą uwagę na kontekst kulturowy. W 1980 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne – DSM-IV – przedstawiło definicję diagnostyczną i opis objawów dotyczących *anorexia nervosa*³⁰. Są to:

1. odmowa utrzymania ciężaru ciała na granicy lub powyżej wagi minimalnej dla wieku i wzrostu;
2. intensywny lęk przed przybraniem na wadze lub otyłością mimo utrzymującej się rzeczywistej niedowagi;
3. zaburzenia sposobu doświadczania własnej wagi i kształtu ciała (chory zaprzecza niskiej wadze swojego ciała);
4. u kobiet w okresie po *menarche* pojawia się *amenorrhoea* (nieobecność przynajmniej trzech kolejnych cykli menstruacyjnych).

Postępująca choroba – anoreksja – powoduje zmiany fizyczne i psychiczne u pacjenta. Najczęściej opisywane dolegliwości somatyczne to: niskie ciśnienie krwi, zwolnienie czynności serca, obrzęki stóp/dłoni, nadmierne pocenie się stóp, zimne dłonie, łuszcząca się skóra, anemia, bezsenność, nastroje depresyjne.

Dominacja anoreksji u młodych kobiet tłumaczona była tym, że dorastające dziewczęta – których przeznaczeniem było małżeństwo i podporządkowanie się mężowi – przytłoczone są przez obawy co do dalszej swojej przyszłości. Pojawiła się także teoria, że przypad-

²⁹ *Ewolucja postrzegania anoreksji w medycynie*, <http://antyproana.blox.pl/2011/03/Ewolucja-postrzegania-anoreksji-w-medycynie.html> (11.12.2014).

³⁰ Zob. R. Carson, J. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, dz. cyt., t. 1, s. 444.

ki opisywane jako jadłowstręt psychiczny u kobiet zameźnych oraz mężczyzn w rzeczywistości stanowią inne zaburzenie o tle psychotycznym (*anorexia psychotica*)³¹.

W opisie przebiegu anoreksji odnotowano podobieństwa w osobowościach osób chorych, takich jak perfekcjonizm, upór, niska samoocena i poczucie własnej wartości, zależność od innych. Zaobserwowano również, że wychudzenie było dla wielu chorych powodem do dumy³².

W rozważaniach na temat przyczyn anoreksji dominowały dwie tendencje. Pierwsza dotyczyła problemów hormonalnych (niewydolność gruczołów, atrofia gonad), druga – problemów psychologicznych (poczucie winy z powodu pozamałżeńskich stosunków seksualnych, strach przed ciążą, zerwanie zaręczyn, chęć zwrócenia na siebie uwagi rodziny). Pojawiły się także hipotezy organicznego tła anoreksji np. atrofii błony śluzowej przewodu pokarmowego³³.

Z perspektywy psychiatrycznej w anoreksji dostrzegane były różne jej składowe – kompulsywna, lękowa, depresyjna i psychotyczna. W zależności od tego, która z nich w danym przypadku dominowała, wyróżniano różne postaci anoreksji, które wymagały innego sposobu traktowania pacjentów³⁴.

Od czasu kiedy po raz pierwszy opisano jadłowstręt psychiczny, trwa spór na temat przyczyn anoreksji. Istnieje szereg teorii opisujących mechanizm powstawania anoreksji, część z nich wyklucza się wzajemnie, część stara się łączyć jak najwięcej poglądów w spójną całość. Niektóre podkreślają znaczenie czynników biologicznych, podczas gdy inne koncentrują się na udziale środowiska rodzinnego i osobowości osoby chorej (czynniki psychologiczne, socjologiczne i kulturowe). Najbardziej uniwersalna teoria dotycząca powstawania anoreksji dzieli czynniki wywołujące tę chorobę na trzy kategorie: predysponujące (przysłowiowy podatny grunt), wyzwalające (bezpośrednia przyczyna – kropla przepełniająca kielich) oraz podtrzymujące

³¹ Zob. B. Józefik, *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania*, Kraków 1999, s. 53.

³² Zob. R. Carson, J. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, dz. cyt., t. 1, s. 517.

³³ Zob. F. Lwow, K. Dunajska, A. Milewicz, *Występowanie czynników ryzyka jadłowstrętu psychicznego i bulimii u 18-letnich dziewcząt*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii” 3 (3) 2007, s. 67–79.

³⁴ Zob. H. Kołobo, B. Wojnarowska, *Samoocena masy ciała i odchudzanie się młodzieży w okresie dojrzewania*, „Przegląd Pediatryczny” 34 (3/4) 2004, s. 196–201.

(osoba chora nie chce się leczyć, a swoją chorobę traktuje jako normalny stan). Takie podejście uwzględnia wystąpienie przyczyn o różnej naturze, ich współistnienie i wzajemne oddziaływanie (każda z przyczyn oddzielnie nie wywołuje choroby, dopiero gdy wystąpi ich kilka, w odpowiedniej kolejności dochodzi do wykształcenia się zaburzenia)³⁵.

Osoby cierpiące na anoreksję to w większości przypadków kobiety i dziewczęta, które odczuwają nieuświadomiony lęk przed identyfikacją z własną płcią³⁶. Nie zgadzają się z własną seksualnością, unikają kontaktu z innymi osobami, zwłaszcza z przeciwną płcią, a także odchudzają się, by w wyniku diety zachować sylwetkę dziecka, jaką miały przed okresem pokwitania. Często dochodzi do tego wtórny brak miesiączki. Obsesyjny lęk przed przybraniem na wadze sprawia, że kompulsywnie myślą o jedzeniu i są przekonane, że „szczupła” figura jest kluczem do sukcesu³⁷. Zazwyczaj są to osoby, które każdemu i na każdym kroku chcą udowodniać, że są najlepsze: koncentrują się na kształceniu i zdobywaniu wiedzy, a jednocześnie są bardzo niepewne i boją się niepowodzeń. Chorzy nie widzą swojego wychudzenia – gdy stoją przed lustrem, wydaje im się, że ciągle są za grubi.

Powszechnie w anoreksji występują: niska samoocena (poczucie beznadziei, brak wiary w siebie), zaburzone postrzeganie obrazu własnego ciała, niezadowolenie ze swojej figury oraz lęk przed dorosłością i dojrzewaniem. Niezwykle częstą postacią jest **anoreksja kulturowa** – spowodowana próbami sprostania nierealistycznym wzorom wyglądu – wyidealizowanemu modelowi kobiecości.

U chorych na anoreksję dochodzi do utraty kontroli nad odychowaniem – osoba, która już schudła, nadal utrzymuje (często wbrew opiniom otoczenia), że nie jest wystarczająco szczupła i kontynuuje proces odchudzania. Osoba taka nie dostrzega, że schudła już nadmiernie, że odchudzanie zagraża jej zdrowiu i życiu. Stara się nic nie jeść albo przynajmniej radykalnie zmniejszać liczbę i kaloryczność posiłków. Pomiedzy posiłkami dokonuje wielu starań, by spożyte kalorie jak najszybciej i jak najskuteczniej spalić. Uporczywemu i obsesyjnemu lękowi przed przytyciem towarzyszy koncentracja wokół

³⁵ Zob. *Przyczyny anoreksji*, <http://anoreksja.mam-efke.pl/index.php?go=przyczyny> (8.12.14).

³⁶ Zob. *Przyczyny anoreksji*, dz. cyt.

³⁷ Zob. A. Kościółek, *Anoreksja*, <http://portal.abczdrowie.pl/anoreksja> (17.12.2014).

tego problemu – liczenie kalorii, unikanie okazji do posiłku, udawanie, że zjadło się więcej niż w rzeczywistości. Równocześnie obserwuje się ignorowanie i zaprzeczanie uwagom zgłaszanym przez bliskich. Pojawia się stopniowa izolacja od otoczenia, pacjentki zamykają się w sobie³⁸. Często są zachowania manipulacyjne, jak chowanie jedzenia, przetrzymywanie go w ustach i wypluwanie, gdy nikt nie widzi. Ocena własnego wyglądu jest skrajnie zaburzona, nawet w przypadku znacznego (wręcz przerażającego dla otoczenia) wychudzenia pacjentki nadal twierdzą, że są za grube i kontynuują odchudzanie.

Osobie chorej wciąż towarzyszy lęk przed utyciem, jej myśli nie skupiają się na niczym innym, jak tylko na jedzeniu i próbach jego uniknięcia. Daje jej to poczucie bycia wyjątkową i lepszą od innych. Nie słucha uwag bliskich, bo myśli, że rodzina mówi jej o zbytniej utracie wagi z zazdrości³⁹.

W wyniku coraz większego ograniczenia ilości przyjmowanych pokarmów chora osiąga spadek masy ciała. Jej dieta staje się coraz bardziej monotonna i uboga w kalorie. Do tego traci dodatkowe kilogramy, dużo ćwicząc, nieraz ponad swoje siły. By nie myśleć o jedzeniu, osoby chore na anoreksję prowadzą aktywny tryb życia: uczą się, trenują itp. Chętnie gotują, ale same tych posiłków nie jedzą, lubią natomiast patrzeć, jak inni spożywają przyrządzone przez nie posiłki i czują się wtedy dowartościowane⁴⁰.

Nadopiekuńczość w rodzinie jest wskazywana również jako jeden z powodów mogących sprzyjać rozwojowi anoreksji. Dziecko w takiej rodzinie ma niewiele możliwości bezpośredniego rozwiązywania życiowych problemów, co powoduje zahamowanie jego samodzielności i osobowości. Z drugiej strony zbyt duże wymagania ze strony rodziców, perfekcjonizm, negatywne myślenie mogą być przyczyną anoreksji. Czasem powodem pojawiającego się jadłowstrętu psychicznego jest przeżywanie przez dziecko konfliktu małżeńskiego rodziców⁴¹.

W celu obniżenia masy ciała osoby z anoreksją stosują różne metody, takie jak: radykalne ograniczenie ilości spożywanego pokarmu

³⁸ Zob. A. Kozak, G. Kozak, *Cechy osobowości i obraz siebie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym*, <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=91> (15.12.2014).

³⁹ Zob. M. Starzomska, *Anoreksja: trudne pytania*, Kraków 2006, s. 87.

⁴⁰ Zob. S. Abraham, D. Llewelyn-Jones, *Bulimia i anoreksja*, przeł. W. Rolski, M. Rolska, Warszawa 2004, s. 271–273.

⁴¹ Zob. I. Janicka, H. Liberska, *Psychologia rodziny*, Warszawa 2014, s. 214–215.

połączone z okresowymi głodówkami, stosowanie środków przeczyszczających i moczopędnych, prowokowanie wymiotów po każdym posiłku oraz duży wysiłek fizyczny (spalanie kalorii). Stosowane metody prowadzą do poważnych zakłóceń biochemicznych oraz zaburzeń czynności wielu narządów i układów. Niektóre z nich mogą być groźne dla życia. Współczynnik umieralności wynosi, w zależności od badań, od 4 do 22 proc.⁴². Najczęstszymi przyczynami śmierci są somatyczne zaburzenia układu sercowo-naczyniowego, infekcje oraz samobójstwa. Powikłania somatyczne ustępują w trakcie leczenia lub po osiągnięciu prawidłowej masy ciała.

Badania przeprowadzone w Polsce wykazały, że 33 proc. nastolatków próbowało się odchudzać, stosując różne drastyczne metody. Ponad jedna czwarta adolescentów deklarowała chęć obniżenia masy ciała, a 40 proc. badanych odczuwa lęk przed otyłością⁴³. W innym badaniu blisko 60 proc. dziewcząt przyznało, że odchudzały się w przeszłości, 11 proc. dziewcząt cały czas przestrzegało diety odchudzającej, a jedynie 29 proc. uznało, że nie widzi potrzeby odchudzania. Ponad połowa ankietowanych nastolatków była niezadowolona ze swojego wyglądu, a 36 proc. zdecydowanie nie akceptowało swojej sylwetki⁴⁴. Badane dziewczęta – 72 proc. – przejawiały zachowania typowe dla zaburzeń odżywiania, takie jak: jedzenie w ukryciu, niemożność przerywania jedzenia, doświadczanie wstydu i nienawiści z powodu nadmiernego apetytu i przejadania się oraz potrzeba niepohamowanego jedzenia w sytuacji intensywnych przeżyć emocjonalnych⁴⁵. Młodzież w wieku 11–15 lat postrzega swoją masę ciała nieadekwatnie w stosunku do stanu rzeczywistego. Prawie co druga dziewczynka i co czwarty chłopiec uważa, że są zbyt grubi, co nie znajduje potwierdzenia we wskaźnikach BMI (*Body Mass Index*)⁴⁶.

⁴² Zob. <https://hipokrates2012.wordpress.com/2012/09/26/anoreksja/> (17.12.2014).

⁴³ Zob. A. Wojtyła i in., *Zaburzenia odżywiania u polskich gimnazjalistów*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 92 (2) 2011, s. 343–350.

⁴⁴ Zob. F. Lwow, K. Dunajska, A. Milewicz, *Występowanie czynników ryzyka jadłowstrętu psychicznego...*, dz. cyt.

⁴⁵ H. Kołobo, K. Dunajska, *Samooocena masy ciała...*, dz. cyt., s. 196–201.

⁴⁶ Wskaźnik BMI – wskaźnik masy ciała – to liczba obliczona na podstawie wagi wzrostu osoby. Służy on do wskazania nadwagi, otyłości, niedowagi lub wagi w normie. Prawidłowe jest BMI między 18,5 a 25. Im wskaźnik ten jest niższy (od 17 do 22) tym długość życia jest wyższa od przeciętnej.

Badania populacyjne, badania rodzin oraz badania bliźniąt wskazują, że za zachorowanie na jadłowstręt psychiczny w dużym stopniu odpowiadają czynniki genetyczne⁴⁷. Szacuje się, że odziedziczalność w przypadku *anorexia nervosa* jest zbliżona do innych zaburzeń psychicznych, takich jak schizofrenia czy zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Niestety do tej pory nie udało się w sposób jednoznaczny wykazać, że określone geny (warianty genetyczne) są związane z ryzykiem zachorowania. Wynikało to prawdopodobnie z analizy zbyt małych grup pacjentów i osób zdrowych z grupy kontrolnej.

Procedura badań

Przedmiotem badań jest relacja ja–ja u osób z jadłowstrętem psychicznym.

Celem przeprowadzonych badań było poznanie, jakie uczucia są obecne w relacji intrapersonalnej (relacja ja–ja) u osób z anoreksją.

Problem badawczy główny (PG) postawiony został następująco:

PG: Jakie uczucia dominują w relacji intrapersonalnej u badanych osób?

Utworzone zostały również problemy badawcze szczegółowe, które pozwolą na uzyskanie odpowiedzi na postawiony problem badawczy główny:

P1: Jaki jest poznawczy obraz ciała u badanych osób?

P2: Jaki jest stan emocjonalny osób badanych?

W przeprowadzonych badaniach jako metodę badań wykorzystano eksperyment kliniczny z wykorzystaniem technik badawczych: badanie podmiotowe, analiza dokumentacji medycznej, wywiad z osobą badaną i wywiad z rodzinami osób badanych. Do badania podmiotowego zastosowano dwa testy (Test CDRS i Skala HADS).

Test CDRS (Contour Drawing Rating Scale) autorstwa Thompsona i Graya służy do pomiaru poznawczego obrazu ciała⁴⁸. Przedstawia on dziewięć sylwetek kobiecych i męskich, które są uporządkowane

⁴⁷ Zob. K. Grzemkowska, *Anoreksja może być dziedziczna. Warto kontrolować wagę swoich dzieci*, <http://www.dziennikbaltycki.pl/arttykul/3431467,anoreksja-moze-byc-dziedziczna-warto-kontrolowac-wage-swoich-dzieci,id,t.html?cookie=1> (17.12.2014).

⁴⁸ Zob. J. Rabe-Jabłońska, A. Dunajska, *Poglądy na temat zniekształconego obrazu ciała*, „Psychiatria Polska” (6) 1997, s. 723–733.

od bardzo szczupłych do bardzo otyłych. Zadaniem badanych jest wskazać postać, która odzwierciedla ich aktualną sylwetkę ciała, oraz postać, która przedstawia – według badanych – idealną sylwetkę ciała. Badane zakreślają wartość liczbową od 1 do 9. Każdej wartości przyporządkowana jest jedna sylwetka. Uzyskane wyniki pozwalają określić stopień rozbieżności pomiędzy Ja realnym i Ja idealnym.

Skala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) opracowana przez Zigmonda i Snaittha, zmodyfikowana przez de Walden-Gałuszko, służy do oceny stanu emocjonalnego u osób badanych⁴⁹. Skala zawiera trzy podskale: depresji, lęku i agresji. Pozwala na ocenę tych objawów u chorych hospitalizowanych z przyczyn somatycznych. Zawiera 16 pytań, każde z czterema możliwościami odpowiedzi (zdecydowanie tak, raczej tak, raczej nie, zdecydowanie nie). Zaznaczone odpowiedzi przeliczane są na punkty i sumowane.

Badania przeprowadzone zostały w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie. Badane osoby (5) to kobiety w wieku od 17 do 19 lat, uczennice szkół średnich.

Analiza i interpretacja wyników badań

Poniżej przedstawiono wyniki uzyskane z badania 5 kobiet w przedziale wiekowym od 17,3 (Osoba 1.) do 19,2 lat (Osoba 5.) – Tab. 1. Wszystkim badanym zostało postawione rozpoznanie kliniczne *anorexia nervosa*. Badane dziewczęta chorują od ponad roku (w tym od sześciu miesięcy nie miesiączkują). Rodziny badanych (matki) podały, że córki odchudzały się od dłuższego czasu, nie traktowały one tego jednak zbyt poważnie. W ocenie matek waga córek była prawidłowa, bez cech nadwagi. Osoby badane – w rozmowie kierowanej na temat własnego ciała – nie akceptowały swojego ciała, nienawidziły go, porównywały się z innymi szczupłymi koleżankami, traktowały się jako osoby grube (Tab. 1). Przyznawały się do działań podjętych w celu zmiany wyglądu: odchudzania, niespożywania posiłków, zażywania tabletek odchudzających. W ocenie lekarzy wszystkie osoby badane miały znaczną niedowagę. Występowały problemy z zaburzeniem rytmu serca oraz osłabienie organizmu.

⁴⁹ Zob. K. de Walden-Gałuszko, M. Majkiewicz, *Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych*, Gdańsk 2001, s. 91.

Tab. 1. Prezentacja osób badanych

Osoby badane	Wiek osoby badanej (rok, miesiąc)	Rozpoznanie kliniczne	Okres trwania choroby	Dane uzyskane z wywiadu od rodziny osoby badanej	Dane od osób badanych. Pytanie: Powiedz co myślisz o swoim ciele.
Osoba 1.	17,3	<i>anorexia nervosa</i>	17 miesięcy	„Córka zaczęła się odchudzać po 15. roku życia, ale to nie było takie poważne. Ograniczała piczywo, nie myślałam, że to tak poważne będzie”.	„Jestem gruba. Nie lubię siebie takiej. Chcę być inna”.
Osoba 2.	18,2	<i>anorexia nervosa</i>	16 miesięcy	„Córka ma koleżankę, która się odchudzała. Ona potem robiła to tak, jak ona, to było ponad rok temu”.	„Nienawidzę swojego ciała . Jestem gruba i to mi się nie podoba.
Osoba 3.	17,9	<i>anorexia nervosa</i>	19 miesięcy	„Widziałam, że córka kupuje coś do odchudzania w Internecie. Brała jakieś tabletki, ale nic mi nie mówiła”.	„Koleżanki są chude, a ja jestem tłusta. Nienawidzę siebie za to”.
Osoba 4.	18,7	<i>anorexia nervosa</i>	13 miesięcy	„Nie widziałam, że ona tak schudła, zakładała te same ubrania. Teraz wiem, że ona to ukrywała. Mówiła, że się odchudza, bo dziewczyny w klasie też to robią”.	„Wyglądam grubo. Co nałożę, to nic mi się nie podoba. Chcę być szczupła jak inni ”.
Osoba 5.	19,2	<i>anorexia nervosa</i>	15 miesięcy	„Nie widziałam, że córka się odchudza. Nigdy nie miała z czego się odchudzać. Ma normalną wagę, ani za gruba, ani za chuda. W naszej rodzinie wszyscy mają normalną wagę. Grubych nie ma. Co ona wymyśliła”.	„Dlaczego jestem taka gruba. Inne dziewczyny są idealne. Ja też chcę być sucha. Chcę zostać modelką”.

Źródło: opracowanie własne, na podstawie badań własnych

Badanie Testem CDRS pozwoliło na poznanie obrazu ciała realnego (Ja realne) i obrazu ciała idealnego (Ja idealne) badanych kobiet (Tab. 2 i Tab. 3). Trzy osoby badane wskazały, że ich aktualny obraz ciała reprezentuje sylwetka 8 w teście CDRS, osoba 3. wskazała na sylwetkę 7 (Tab. 2.). Zaznaczone sylwetki w teście odpowiadają postaciom z nadwagą. Osoba piąta podkreśliła w badaniu sylwetkę 9, co odpowiada otyłości. Wskazane przez badane sylwetki nie odpowiadają ich realnym postaciom – osoby mają zaburzony obraz własnego ciała.

Tab. 2. Sylwetka wskazana przez osoby badane – Sylwetka realna: Ja realne – dane z testu CDRS

Osoba badana	Sylwetka 1, 2 – niedowaga	Sylwetka 3, 4, 5, 6 – waga normalna (prawidłowa)	Sylwetka 7, 8 – nadwaga	Sylwetka: 9 – otyłość
Osoba 1.			8	
Osoba 2.			8	
Osoba 3.			7	
Osoba 4.			8	
Osoba 5.				9

Źródło: opracowanie własne, na podstawie badań własnych

W odpowiedzi na pytanie: Która z postaci przypomina sylwetkę, jaką chciałaby Pani mieć? cztery osoby badane wskazały sylwetkę 1. Osoba 3. zaznaczyła sylwetkę 2. Preferowane przez badane sylwetki to postaci ze znaczną niedowagą, czyli Ja idealne (Tab. 4.).

Tab. 3. Sylwetka wskazana przez osoby badane – Sylwetka idealna: Ja idealne – dane uzyskane z Testu CDRS

Osoba badana	Sylwetka 1, 2	Sylwetka 3, 4, 5, 6 – waga prawidłowa	Sylwetka 7, 8 – nadwaga	Sylwetka 9 – otyłość
Osoba 1.	1			
Osoba 2.	1			
Osoba 3.	2			
Osoba 4.	1			
Osoba 5.	1			

Źródło: opracowanie własne, na podstawie badań własnych

Do oceny stanu emocjonalnego badanych osób wykorzystano Skalę HADS (Tab. 4.). Osoby badane w podskali do oceny lęku uzyskały wyniki od 14 do 20 punktów, co wskazuje na wyraźne objawy lękowe. U badanych nie występują objawy depresyjne – wynik w przedziale od 0 do 7 punktów. Poziom agresji – ocena w podskali agresji – jest na poziomie stanów granicznych (od 8 do 10 punktów). Agresja w postaci silnego niezadowolenia ze swojego obrazu ciała werbalizowana była przez badane również w trakcie wywiadu.

Tab. 4. Wyniki uzyskane z badania z wykorzystaniem Skali HADS

Osoba badana	Lęk [liczba]	Depresja [liczba]	Agresja [liczba]
Osoba 1.	14	6	8
Osoba 2.	19	5	9
Osoba 3.	17	4	9
Osoba 4.	18	6	8
Osoba 5.	20	5	8

Źródło: opracowanie własne, na podstawie badań własnych

Podsumowanie

Badane osoby – 5 dziewcząt – są w okresie późnej adolescencji. Jednym z zadań do wykonania w rozwoju społecznym przez osobę w tym okresie jest akceptacja siebie i „zbudowanie” pozytywnej relacji ja–ja. Badane mówią: „jestem gruba; nienawidzę swojego ciała”. Ich postrzeganie obrazu własnego ciała („jestem gruba”) jest nieadekwatne do obiektywnego stanu fizycznego (znaczna niedowaga). Wzbudza to uczucie złości do siebie samych oraz lęk, że nie osiągną stanu wymarzonego, czyli obrazu Ja idealnego. Skutkuje to zachowaniem – nieprzyjmowaniem pokarmu.

Wydaje się, że nienawiść w relacji ja–ja u osób z anoreksją powstaje w wyniku:

1. nieprawidłowej oceny poznawczej obrazu własnego ciała, lęku przed otyłością i nieosiągnięciem idealnego obrazu własnego ciała (na poziomie świadomym);
2. nieprawidłowej oceny poznawczej własnego ciała i lęku przed dorosłością (na poziomie nieświadomym).

Reasumując, można powiedzieć, że nienawiść w relacji intrapersonalnej u osób z anoreksją to suma: zaburzonego obrazu własnego ciała (aspekt poznawczy) i złości/lęku, że nie osiągnie się obrazu Ja idealnego (aspekt emocjonalny).

Ze strony medycznej (psychosomatycznej) choroba – anoreksja – jest objawem konfliktu w relacji ja–ja. Konflikt ten wzbudza negatywne emocje (niechęć do siebie samego) w relacji intrapersonalnej.

Słowa kluczowe

relacja intrapersonalna, obraz siebie, obraz ciała, anoreksja

Summary

Hate is defined as a deep and long-lasting expressing reluctance, hostility toward someone or something. Sigmund Freud described the hatred, the ego state that wishes to destroy the source of your dissatisfaction. In people with anorexia is present aversion to me (real) and the pursuit of self (ideal) in terms of appearance. It is also a state of ego with low self-esteem, feelings of hopelessness, impaired perception of one's own body and the fear of adulthood. In this paper the author presents the results of research on the relationship I-I in patients with anorexia.

Keywords

intrapersonal relationship, self-image, body image, anorexia

Bibliografia

- Abraham S., Llewelyn D., *Bulimia i anoreksja*, przeł. W. Rolski, M. Rolska, Warszawa 2004.
- Bee D., *Psychologia rozwoju człowieka*, przeł. A. Wojciechowski, Poznań 2007.
- Borysenko J., *Księga życia kobiety*, Gdańsk 1999.
- Brzezińska A., *Dorosłość – szanse i zagrożenia dla rozwoju*, Poznań 2002.
- Brzezińska A., Janiszewska-Rain J., *W poszukiwaniu złotego środka. Rozmowy o rozwoju człowieka*, Kraków 2005.
- Carson R., Butcher J. Mineka, S., *Psychologia zaburzeń*, przekł. W. Dietrich, Gdańsk 2005.
- Józefik B., *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania*, Kraków 1999.
- Lacey H., Birtchnell S., *Body image and its disturbances*, „Journal of Psychosomatic Research” 30 (6) 1986, s. 623–631.
- Jarymowicz M., *Psychologia tożsamości*, Gdańsk 2000.
- Janicka I., Liberska H., *Psychologia rodziny*, Warszawa 2014.
- Kołobo H., Wojnarowska B., *Samocena masy ciała i odchudzanie się młodzieży w okresie dojrzewania*, „Przegląd Pediatryczny” 34 (3/4) 2004, s. 196–201.
- Leary M., *Wywieranie wrażenia na innych*, przekł. A. Kacmajor, M. Kacmajor, Gdańsk 1999.
- Lwow F., Dunajska K., Milewicz A., *Występowanie czynników ryzyka jadłowstrętu psychicznego i bulimii u 18-letnich dziewcząt*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii” t. 3 (3) 2007, s. 67–79.
- Massa G., *Kształtowanie samego siebie: przewodnik psychologiczny*, tłum. B. Bochenek, Kraków 2007.
- Mellibruda J., *Być dobrym dla samego siebie – o sztuce stawania się swoim przyjacielem*, Warszawa 1989.
- Ostrowski K., *Embriologia człowieka*, Warszawa 1988.
- Pilecki M., *Historia zaburzeń odżywiania się*, [w:] B. Józefik, *Anoreksja i bulimia psychiczna*, Kraków 1999, s. 74–76.
- Przetacznik-Gierowska M., Tyszkowa M., *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa 2006.
- Rabe-Jabłońska J., Dunajska A., *Poglądy na temat zniekształconego obrazu ciała dla powstawania i przebiegu zaburzeń odżywiania*, „Psychiatria Polska” 31 (6) 1997, s. 723–738.
- Rowan J., Cooper M., *Jekyll i Hyde. Wielorakie Ja we współczesnym świecie*, przekł. J. Kowalczevska, J. Suchecki, Gdańsk 2008.
- Siek S., *Wybrane metody badania osobowości*, Warszawa 1983.

- Siek S., *Rozwój potrzeb psychicznych, mechanizmów obronnych i obrazu siebie*, Warszawa 1984.
- Starzomska M., *Anoreksja: trudne pytania*, Kraków 2006.
- Szymczak M., *Słownik języka polskiego*, Warszawa 1984.
- Skorupka S., *Słownik wyrazów bliskoznacznych*, Warszawa 1984.
- de Walden-Gatuszko K., Majkiewicz M., *Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych*, Gdańsk 2001.
- Waller G., Barnes J., *Preconscious processing of body image cues. Impact on body percept and concept*, „Journal of Psychosomatic Research” (53) 2002, s. 1037–1041.
- Wojtyła P., Biliński I., Bojar C., *Zaburzenia odżywiania u polskich gimnazjalistów*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 92 (2) 2011, s. 343–350.
- Augustyn J., *Dlaczego ludzie nienawidzą siebie?*, <http://www.deon.pl/religia/duchowosc-i-wiara/zycie-i-wiara/art,379,dlaczego-ludzie-nienawidza-siebie.html> (08.12.14).
- Bak-Sosnowska, M., *Wpływ obrazu własnego ciała na funkcjonowanie psychiczne*, <http://www.psychiatria.pl/arttykul/wplyw-obrazu-wlasnego-ciala-na-funkcjonowanie-psychiczne/3361.html> (12.12.2014).
- Biuletyn informacyjny OIPiP, http://www.oipip-poznan.pl/index.php?modul=b34_10_12 (15.12.2014).
- Grzermkowska K., *Anoreksja może być dziedziczna. Warto kontrolować wagę swoich dzieci*, <http://www.dziennikbaltycki.pl/arttykul/3431467,anoreksja-moze-byc-dziedziczna-warto-kontrolowac-wage-swoich-dzieci,id,t.html?cookie=1> (17.12.2014).
- Kozak A., Kozak G., *Cechy osobowości i obraz siebie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym*, <http://www.psychologia.net.pl/arttykul.php?level=91> (15.12.2014).
- Kościółek A., *Anoreksja*, <http://portal.abczdrowie.pl/anoreksja> (17.12.2014).
- Kurek M., *Obraz siebie i ocena własnej sytuacji w otoczeniu*, http://www.media.edu.pl/przedsiębiorczosc/obraz_siebie.htm (11.12.2014).
- Krupa M., *Zaburzenia odżywiania na kartach historii*, <http://www.fecwis.org/arttykul/zaburzenia-odzywiania-na-kartach-historii> (12.12.2014).
- <http://anoreksja.mam-efke.pl/index.php?go=przyczyny> (8.12.14).
- <https://hipokrates2012.wordpress.com/2012/09/26/anoreksja/> (17.12.2014).
- Najważniejsza relacja w twoim życiu – relacja z samym sobą*, <http://polskaakademianlp.pl/wiedza/arttykuly/najwazniejsza-relacja-w-twoim-zyciu-relacja-z-samym-soba/> (17.12.2014).
- Jadłowstręt psychiczny*, http://pl.wikipedia.org/wiki/Jad%C5%82owstr%C4%99t_psy-chiczny (17.12.2014).
- Ewolucja postrzegania anoreksji w medycynie*, <http://antyproana.blox.pl/2011/03/Ewolucja-postrzegania-anoreksji-w-medycynie.html> (11.12.2014).