

## PREDYKTORY DĄŻENIA DO SZCZUPŁOŚCI W ANOREKSJI I BULIMII PSYCHICZNEJ<sup>1</sup>

**Anna Brytek-Matera**

Instytut Psychologii

Uniwersytet Śląski

### PREDICTIVE FACTORS FOR DRIVE FOR THINNESS IN ANOREXIA AND BULIMIA NERVOSA

**Summary.** The goal of this study was to determine predictive factors for drive for thinness in a sample of eating disordered patients.

The population consisted of 91 females with anorexia nervosa and 78 females with bulimia nervosa. The questionnaire used were the Eating Disorders Inventory, the Self-Esteem Inventory and the Hospital and Depression Scale.

The regression analysis revealed that body dissatisfaction, bingeing, perfectionism, body mass index and duration of illness were predictive factors for the drive for thinness in anorexia. However, in the case of bulimia, interoceptive awareness, body dissatisfaction and body mass index constituted a risk profile for development of drive for thinness.

### Wprowadzenie

Żyjemy w epoce kultu cielesności. Koniec XX wieku to zarazem początek sakralizacji ciała (Ferry, 1996). Dążenie do szczupłości przybiera postać idei nadwartościowej. Szczupłość, która jest synonimem kompetencji i samokontroli, staje się manifestacją niewyrażonych impulsów oraz triumfem władzy nad ciałem (Vnette, 2001).

Dążenie do szczupłości (*drive for thinness*) dotyczy nadmiernej koncentracji na stosowaniu zachowań restrykcyjnych (dieta), przesadnego (obsesyjnego) zaabsorbowania wagą ciała, tendencji do utrzymania i pragnienia posiadania szczupłej sylwetki i tym samym lęku przed przybraniem na wadze (Garner i wsp., 1983).

Negatywny obraz własnego ciała, dążenie do szczupłości (poprzez skrajne restrykcyjne przestrzeganie diety i nadmierną aktywność fizyczną), obniżona samoocena oraz obsesyjne myśli dotyczące wyglądu wzmagają problemy związane z zaburze-

---

<sup>1</sup> Badania wykonane w ramach autorskiego projektu nt. „Ciało w dobie XXI wieku. Obraz własnego ciała u pacjentek z zaburzeniami odżywiania oraz młodzieży akademickiej: badania porównawcze” (badania własne, Instytut Psychologii Uniwersytetu Śląskiego, 2007).

niami odżywiania (Mintz, Betz, 1988). Większość teorii dowodzi, że niezadowolenie z własnego ciała stanowi bezpośredni i poprzedzający czynnik rozwoju jadłowstrętu i bulimii psychicznej (Garner, 2004; Stice, 2004). W kontekście zaburzeń odżywiania obraz ciała odnosi się do internalizacji socjokulturowego ideału szczupłej sylwetki, dyssatisfakcji z ciała (negatywna ocena swojego wyglądu) oraz zaburzonego wizerunku ciała (zaburzona percepcja wizerunku ciała) (Garner, 2004). Zdaniem Ahern i Hetheringtona (2004) internalizacja idealnej smukłej sylwetki stanowi jądro niezadowolenia z własnego ciała, zwłaszcza u kobiet z anoreksją i bulimią.

Brak satysfakcji z własnego wyglądu może wiązać się ze znaczeniem, jakie osoba przypisuje atrakcyjności fizycznej oraz poszczególnym częściom ciała. Im ważniejsze dla struktury ja jest znaczenie owych wymiarów, tym większe istnieje prawdopodobieństwo, że postrzegane rozbieżności między ja realnym a ja idealnym powodować będą negatywne emocje (Głębocka, Bednarska, 2005).

Współcześnie wyróżnia się dwa główne nurty badań dotyczące wieloaspektowości zaburzeń obrazu ciała. Pierwszy – percepcyjny – związany jest z błędnym oszacowaniem rozmiaru swojego ciała (*body percept*), drugi – poznawczy – skupia się na braku satysfakcji z własnego wyglądu (*body dissatisfaction*) oraz dyskredytowaniu ciała (co tłumaczy dysfunkcjonalne przekonania na temat jego wagi i kształtu) (Garner, 2004).

Zdaniem Bigrasa (za: Vinette, 2001, s. 145) zaburzenia odżywiania odzwierciedlają najczęściej cierpienie duszy i ból życia, które odbijają się w ciele: „ciało stało się godne pogardy, reprezentuje permanentne cierpienie”.

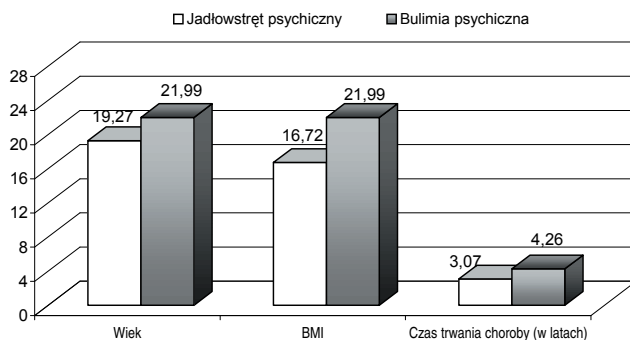
**Cel badań.** Dążenie do posiadania szczupłej sylwetki (i podejmowanie w związku z tym działań mających doprowadzić do osiągnięcia celu) wynikać może nie tyle z chęci dostosowania się do panujących norm kulturowych, gdzie bycie szczupłym gwarantować ma aprobatę społeczną i osiągnięcie sukcesu, co z niskiej samooceny osób z zaburzeniami odżywiania. Ponieważ czynników, które powodować mogą dążenie do szczupłości jest wiele, warto zastanowić się, jakie spośród czynników psychologicznych wpływają na chęć posiadania szczupłej sylwetki.

Celem prezentowanego badania było określenie czynników predykcyjnych pragnienia posiadania szczupłej sylwetki przez osoby z anoreksją i bulimią psychiczną. Badanymi zmiennymi były poznawcze i behawioralne aspekty zaburzeń odżywiania, poczucie własnej wartości oraz symptomy depresji i lęku. Ponieważ zaburzenia emocjonalne figurują jako jedne z najczęściej współwystępujących objawów klinicznych u osób z anoreksją i bulimią psychiczną (Brytek-Matera, 2008), zmienna ta została uwzględniona w prezentowanych badaniach.

## Metoda

**Próba osób badanych.** Badaniem objęto łącznie 169 pacjentek z zaburzeniami odżywiania. Próba składała się z dwóch grup, statystycznie reprezentatywnych, liczących odpowiednio 91 oraz 78 osób. W skład pierwszej grupy wchodziły dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym, drugą zaś grupę stanowiły pacjentki z bulimią psychiczną. Kryteria diagnostyczne zgodne były z klasyfikacją DSM-IV (APA, 2004).

Dane wyjściowe, jak: wiek, wskaźnik masy ciała (BMI, *Body Mass Index*, zwany również wskaźnikiem Queteleta) oraz czas trwania choroby przedstawione zostały na rysunku 1.



Rycina 1. Charakterystyka badanych grup klinicznych

Pacjentki z jadłowstrętem psychicznym były znacznie młodsze od pacjentek z bulimią ( $p < 0,001$ ). Wykazywały również niższą wartość wskaźnika wagowo-wzrostowego ( $p < 0,001$ ), a także znamienne niższy czas trwania choroby ( $p < 0,001$ ). Wskaźnik masy ciała (BMI) w grupie z anoreksją wskazywał na znaczną niedowagę (przedział między  $16 \text{ kg/m}^2$  a  $16,99 \text{ kg/m}^2$ ), zaś w grupie z bulimią mieścił się w normowadze (przedział między  $18,5 \text{ kg/m}^2$  a  $24,99 \text{ kg/m}^2$ ).

**Pomiar zmiennych.** Jako narzędzia badawcze wykorzystano:

(1) Kwestionariusz Poczucia Własnej Wartości (SEI) (Coopersmith, 1984) – opisujący ewaluacyjne postawy i zachowania związane z samooceną w czterech sferach funkcjonowania człowieka: ogólnej, społecznej, rodzinnej oraz szkolnej/zawodowej. Analiza czynnikowa potwierdziła wewnętrzną spójność podskal dla wszystkich wymiarów poczucia własnej wartości (Brytek-Matera, 2007);

(2) Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania (EDI) (Garner i wsp., 1983) – służący do pomiaru postaw i zachowań występujących przy zaburzeniach odżywiania oraz oceny poznawczo-behawioralnych aspektów jadłowstrętu i bulimii psychicznej: dążenia do bycia szczupłą, objawów niekontrolowanego objadania się i przeczyszczenia (bulimia), niezadowolenia z własnego ciała, nieefektywności, perfekcjonizmu, nieufności w relacjach interpersonalnych, świadomości interoceptywnej oraz lęku przed dorosłością. Oceny rzetelności polskiej wersji kwestionariusza EDI dokonał Żechowski (2008). Analiza pokazała wysoką rzetelność większości skal;

(3) Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (HADS) (Zigmond, Snaith, 1983) – oceniającą aktualny poziom symptomów zaburzeń emocjonalnych (norma, łagodne nasilenie i ciężkie nasilenie objawów lękowych i depresyjnych).

Dodatkowo, w badaniach posłużono się anonimową ankietą celem ustalenia: wieku, wzrostu, aktualnej masy ciała, idealnej masy ciała, czasu występowania prob-

lemów związanych z odżywianiem oraz czasu trwania choroby, a także zadowolenia bądź niezadowolenia z własnego wyglądu.

## Wyniki badań

Analiza wyników składała się z dwóch etapów. W pierwszym etapie, statystyczna analiza danych dotyczyła obliczeń istotności różnic między badanymi grupami (za pomocą testu t-Studenta). Drugi etap natomiast skupiał się na określeniu predyktorów dążenia do szczupłości u pacjentek z jadłowstrętem i bulimią psychiczną (w tym celu wykorzystano analizę regresji).

Wyniki uzyskane w Kwestionariuszu EDI, SEI oraz Skali HADS zostały zamieszczone w tabeli 1.

Tabela 1. Średnie wyniki poznawczo-behawioralnych aspektów zaburzeń odżywiania, poczucia własnej wartości oraz depresji i lęku u pacjentek z anoreksją i bulimią psychiczną

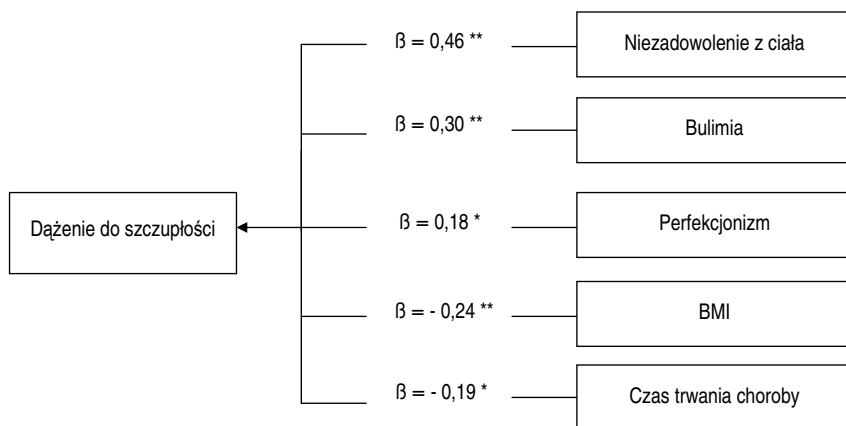
	Jadłowstręt psychiczny (n = 91)		Bulimia psychiczna (n = 78)		t	df	p
	M	SD	M	SD			
<i>Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania</i>							
Szczupłość	13,59	5,08	15,65	4,43	-2,78	167	<b>,006</b>
Bulimia	3,22	4,87	13,35	4,81	-13,52	167	<b>,000</b>
Niezadowolenie z ciała	14,91	8,69	18,44	6,13	-2,99	167	<b>,003</b>
Nieefektywność	11,10	6,49	12,32	6,78	-1,19	167	,234
Perfekcjonizm	8,55	4,56	7,73	4,35	1,18	167	,237
Dystans społeczny	4,31	4,98	6,01	5,35	-2,14	167	<b>,034</b>
Świadomość interoceptywna	11,29	6,95	14,82	6,67	-3,35	167	<b>,001</b>
Lęk przed dojrzałością	6,34	6,25	6,40	4,72	-0,06	167	,948
<i>Inwentarz Poczucia Własnej Wartości</i>							
Ogólne poczucie własnej wartości	10,45	5,03	9,85	5,04	0,77	167	,438
Spoleczne poczucie własnej wartości	4,96	2,11	5,14	1,97	-0,58	167	,560
Rodzinne poczucie własnej wartości	3,66	2,17	2,77	1,78	2,88	167	<b>,004</b>
Zawodowe poczucie własnej wartości	4,31	1,89	3,67	1,79	2,24	167	<b>,026</b>
Skala kłamstwa	2,30	1,50	2,45	1,53	-0,64	167	,518
<i>Szpitalna Skala Lęku i Depresji</i>							
Lęk	11,37	4,26	12,96	3,93	-2,50	167	<b>,013</b>
Depresja	6,51	3,93	7,68	4,24	-1,86	167	,064

Pogrubioną czcionką zaznaczono wartości istotne statystycznie. Przyjęty poziom istotności „p” wynosił 0,05 (przedział dwustronny).

Brak satysfakcji ze swojej sylwetki zgłaszało 99% kobiet z bulimią psychiczną ( $n = 77$ ) oraz 85% z jadłowstrętem psychicznym ( $n = 77$ ).

Aktualna masa ciała wyniosła 46,24 kg ( $SD = 5,83$ ) odpowiednio u pacjentek z anoreksją, zaś w grupie z bulimią 60,27 kg ( $SD = 10,00$ ). Idealna waga u dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym równa była 43,10 kg ( $SD = 7,07$ ), natomiast z bulimią 51,64 kg ( $SD = 7,12$ ).

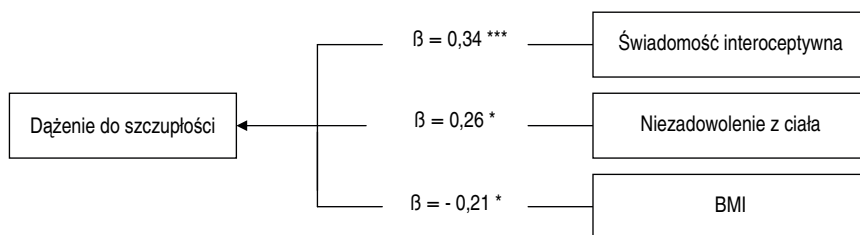
Drugi etap analizy dostarczył informacji, jakie czynniki predysponują do dążenia do szczupłości u dziewcząt z anoreksją (rycina 2) i z bulimią (rycina 3).



Legenda: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,001$

Rycina 2. Wyniki analizy regresji dla dążenia do szczupłości u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym

Uzyskane zmienne (niezadowolenie z ciała, bulimia, perfekcjonizm, wskaźnik wagowo-wzrostowy i czas trwania choroby) w 57% wyjaśniają pragnienie posiadania szczupłej sylwetki przez badane kobiety z jadłowstrętem psychicznym ( $R^2 = 0,576$ ;  $p < 0,01$ ).



Legenda: \*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,01$

Rycina 3. Wyniki analizy regresji dla dążenia do szczupłości u pacjentek z bulimią psychiczną

Dane te wskazują, że trzy zmienne, tj. świadomość interoceptywna, niezadowolenie z ciała i wskaźnik wagowo-wzrostowy wyjaśniają w 36% pragnienie posiadania szczupłej sylwetki przez badane kobiety z bulimią psychiczną ( $R^2 = 0,365$ ;  $p < 0,01$ ).

## Dyskusja

Niezadowolenie z ciała, zachowania bulimiczne (obawy przed niekontrolowanym objadaniem się i przecyzszczaniem), perfekcjonizm, wskaźnik masy ciała (BMI) oraz czas trwania choroby wyjaśniają pragnienie posiadania szczupłej sylwetki przez badane kobiety z jadłowstrętem psychicznym. Brak satysfakcji z własnego ciała predysponuje badane pacjentki do zachowań związanych z nadmierną aktywnością, restrykcyjnymi dietami, stosowaniem środków przecyzszczających i diuretyków. Nieakceptowanie własnego wyglądu może wynikać z silnej potrzeby uzyskania preferowanej i propagowanej społecznie szczupłej sylwetki. Niekontrolowane epizody objadania się, po których kobiety przejawiają zachowania kompensacyjne (zapobiegające przyrostowi wagi) są kolejnym czynnikiem wyzwalającym dążenie do szczupłości. Dynamika napadów bulimicznych może być przyczyną braku samokontroli i tym samym niemożności stosowania zachowań restrykcyjnych. Castro i wsp. (2004) dowodzą, że wysoki poziom perfekcjonizmu może skłaniać do dążenia do posiadania perfekcyjnego (szczupłego) ciała, co również zostało przedstawione w prezentowanych badaniach. Bastiani i wsp. (1995) podkreślają, że osoby z anoreksją charakteryzuje wysoki stopień perfekcjonizmu, zwłaszcza zorientowanego na siebie<sup>2</sup>.

W przypadku pacjentek z bulimią czynnikami, które determinują chęć posiadania szczupłej sylwetki są: świadomość interoceptywna (niski stopień rozpoznawania bodźców płynących z własnego ciała, trudności w określaniu własnej emocjonalności oraz doświadczanie trudnych do opanowania emocji), niezadowolenia z ciała oraz wskaźnik wagowo-wzrostowy. U pacjentek z bulimią psychiczną zaburzony obraz ciała (rozbieżność między oceną rozmiarów i kształtów ciała a stanem faktycznym; wyolbrzymianie rozmiarów własnego ciała) wpływa na niezadowolenie oraz brak satysfakcji z wyglądu, pejoratywny stosunek do własnej cielesności, negatywne myśli, oceny, uczucia i postawy związane z wyglądem (Levine, Piran, 2004). Cooper i Hunt (1998), sugerują, że bulimia psychiczna jest związana z wysokim stopniem niezadowolenia z własnej sylwetki.

Inni autorzy (Fairburn i wsp., 1999) twierdzą, że niskie poczucie własnej wartości i nadmierna koncentracja na wyglądzie są istotnymi czynnikami wpływającymi na rozwój i podtrzymywanie zaburzeń odżywiania. Badania Ghaderi (2002) dowodzą,

---

<sup>2</sup> P. L. Hewitt i G. L. Flett (1991, 1991a), biorąc pod uwagę różnorodność komponentów perfekcjonizmu wyróżniają:

- a) perfekcjonizm zorientowany na siebie (*self-oriented perfectionism*) – ostry samokrytycyzm i nierealistyczne standardy narzucane samemu sobie;
- b) perfekcjonizm zorientowany na innych (*other-oriented perfectionism*) – nierealistyczne oczekiwania wobec innych osób; tendencja do dominacji i autorytaryzmu;
- c) perfekcjonizm zalecany społecznie (*socially prescribed perfectionism*) – potrzeba osiągnięcia standardów oraz celów wyznaczanych przez innych

że niska samoocena, niski poziom społecznego wsparcia otrzymywany od rodziny, nadmierne zaabsorbowanie własnym ciałem oraz strategie radzenia sobie ze stresem skoncentrowane na unikaniu (*escape-avoidance coping*) (wyrażające się w tendencji do skupiania się na czynnościach zastępczych i tym samym powodujące unikanie myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej) stanowią czynniki ryzyka powstawania jadłowstrętu i bulimii psychicznej.

W innych (międzykulturowych: polsko-francuskich) badaniach (Brytek-Matera, 2008a) czynnikami ryzyka powstawania jadłowstrętu psychicznego u pacjentek narodowości polskiej była interioryzacja złości, wiara w sprawowanie kontroli przez osoby znaczące (LOC zewnętrzne), zaprzeczanie/negowanie (jako strategia radzenia sobie ze stresem), cele życiowe dotyczące rozwoju intelektualnego, które były dla badanych bardzo ważne, z drugiej zaś strony bardzo trudne do osiągnięcia (konflikt celów rozwoju intelektualnego) oraz słaba wiara w szczęście/przypadek. Natomiast pacjentki francuskie, u których istniało większe ryzyko zachorowania na jadłowstręt psychiczny uwewnętrzniały własną złość, często wyznaczały sobie cele dotyczące rozwoju intelektualnego, które uważały za bardzo ważne a jednocześnie trudne do osiągnięcia oraz mniej akceptowały realność sytuacji, która je spotykała (*coping* – akceptacja). W przypadku pacjentek z bulimią narodowości polskiej, do głównych predyktorów powstawania zaburzenia należało nadużywanie substancji psychoaktywnych (alkohol, psychotropy, narkotyki) w celu radzenia sobie z sytuacją stresową, uzewnętrznianie własnej złości (eksterioryzacja złości), wiara w sprawowanie kontroli przez osoby znaczące (zewnątrze poczucie umiejscowienia kontroli) oraz mniejsza reinterpretacja w sposób pozytywny własnej sytuacji (*coping* – reinterpretacja sytuacji). Pacjentki mieszkające we Francji, u których istniało większe ryzyko zachorowania na bulimię uwewnętrzniały własną złość (interioryzacja złości), redukowały swoje wysiłki, żeby pokonać sytuację dyskomfortową (*coping* – dezorganizacja zachowania) oraz posiadały niskie poczucie własnej wartości w sferze rodzinnej (Brytek-Matera, 2008a).

Wyniki prezentowanych badań ukazują różnice pomiędzy badanymi grupami klinicznymi. Pragnienie posiadania szczupłej sylwetki, przy jednoczesnym niezadowoleniu ze swojego ciała, nasilenie epizodów bulimicznych, unikanie zaangażowania w bliskie relacje z innymi osobami, brak świadomości bodźców płynących z ciała, lęk, niskie rodzinne oraz zawodowe poczucie własnej wartości charakteryzuje w większym stopniu badane kobiety z bulimią. W badaniach przeprowadzonych przez Ruska i wsp. (2005) poziom niezadowolenia z własnego ciała był wyższy u pacjentek z bulimią aniżeli z jadłowstrętem psychicznym. Podobne wyniki otrzymała autorka prezentowanych badań. Dodatkowo autorzy uważają, że niezadowoleniu z własnego wyglądu towarzyszą zaburzenia nastoju. Zdaniem innych badaczy (Lautenbacher i wsp., 1992; Rierdan, Kuff, 1997) brak satysfakcji z ciała jest związany głównie z symptomami depresji i dysforii. Liczne badania dowodzą (Lasa, Canedo, 1997), że lęk jest zaburzeniem stale towarzyszącym w jadłowstręcie i bulimii psychicznej. W prezentowanych badaniach poziom lęku był wyższy u pacjentek z bulimią. Być może różnica ta spowodowana jest większą rozbieżnością między aktualnym obrazem siebie a obrazem idealnym badanych kobiet.



## Literatura cytowana

- Ahern, A. L., Hetherington, M. M. (2006). The thin ideal and body image: an experimental study of implicit attitudes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 338-342.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4<sup>th</sup> edition. Washington D. C : American Psychiatric Association.
- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T., Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147-152.
- Brytek-Matera, A. (2007). Ocena poczucia własnej wartości w jadłowstręciu i bulimii psychicznej: badania porównawcze. *Psychoterapia*, 3(142), 53-65.
- Brytek-Matera A. (2008). Mood and emotional symptoms in eating disordered patients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 11(2), 65-71.
- Brytek-Matera, A. (2008a). Détermination des facteurs prédictifs de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse: une étude interculturelle. *Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand Duché de Luxembourg*, 1, 91-109.
- Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, E., Saura, B., Toro, J. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 35(5), 392-398.
- Cooper, M., Hunt, J. (1998). Core beliefs and underlying assumption in bulimia nervosa and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 895-898.
- Coopersmith, S. (1984). *Manuel d'Inventaire d'Estime de Soi*. Paris: CPA.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Welsch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476.
- Ferry, L. (1996). *L'Homme-Dieu ou le sens de la vie*. Paris: Éditions Bernard Grasset.
- Garner, D. M. (2004). Body image and anorexia nervosa. W: T. F. Cash, T. Pruzinsky (red.) *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice* (s. 295-303). New York, London: The Guilford Press.
- 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.
- Ghaderi, A. (2002). Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorder. *Eating Behaviors*, 80, 1-10.
- 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.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98-101.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. (1991a). Perfectionism in the self and social context: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Lasa, L., Canedo, C. (1997). Disfunciones fisiológicas relacionadas con factores mentales y del comportamiento: trastornos de la conducta alimentaria. W: S. Cervera,



- V. Conde, A. Espino, J. Giner, C. Leal, F. Torres (red.) *Manual del residente de psiquiatría* (t. 1, s. 1121-1154). Madrid: Litofinter.
- Lautenbacher, S., Thomas, A., Roscher, S., Strian, E., Pirke, K. M., Krieg, J. C. (1992). Body size perception and body satisfaction in restrained and unrestrained eaters. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 243-250.
- Levine, M. P., Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*, 1, 57-70.
- Mintz, L. B, Betz, N. E. (1988). Prevalence and correlates of eating-disordered behaviors among undergraduate women. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 463-471.
- Rierdan, J., Koff, E. (1997). Weight, weight-related aspects of body image and depression in early adolescent girls. *Adolescence*, 32, 615-624.
- Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., Koivisto, A. M. (2005). Are there differences in the attitudinal body image between adolescent anorexia nervosa and bulimia nervosa? *Eating and Weight Disorders*, 10 (2), 98-106.
- Stice, E. (2004). Body image and bulimia nervosa. W: T. F. Cash, T. Pruzinsky (red.) *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice* (s. 304-311). New York, London: The Guilford Press.
- Vinette, S. (2001). Image corporelle et minceur: à la poursuite d'un idéal élusif. *Reflets*, 7(1), 129-151.
- Zigmond, A., Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 6, 361-370.