Studia z Psychologii w KUL, tom 18
red. O. Gorbaniuk, B. Kostrubiec-Wojtachnio,
D. Musiał, M. Wiechetek
ISBN 978-83-7702-726-4 Lublin, Wyd. KUL 2012, s. 175-192

Agnieszka Mioduchowska[1]
Katedra Różnic Indywidualnych
Instytut Psychologii KUL

OBRAZ WŁASNEGO CIAŁA A WEWNĘTRZNA AKTYWNOŚĆ DIALOGOWA U KOBIET Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

Streszczenie

Celem artykułu jest próba przedstawienia obrazu własnego ciała i wewnętrznej aktywności dialogowej u kobiet z zaburzeniami odżywiania się, a także zależności pomiędzy tymi zmiennymi. Grupę badawczą (kliniczną) w projekcje stanowiło 25 kobiet ze zdiagnozowanym zaburzeniem łaknienia, zaś grupę kontrolną – 30 kobiet zdrowych. Do badań wykorzystano Kwestionariusz Ja Cielesnego (Skala J-C) Beaty Miruckiej oraz Skalę Wewnętrznej Aktywności Dialogowej (SWAD) Piotra Olesia. Analiza uzyskanych wyników pokazała, że kobiety z anoreksją i bulimią psychiczną, w porównaniu z kobietami zdrowymi, przejawiają zaburzony obraz własnego ciała oraz mniejszą aktywność dialogową. Ponadto niewłaściwy wizerunek ciała istotnie koreluje z mniejszą dialogowością. Uzyskane rezultaty przedyskutowano w świetle dotychczasowych wyników badań i teorii.

Słowa kluczowe: obraz własnego ciała, wewnętrzna aktywność dialogowa, zaburzenia odżywiania

[1] E-mail: mioduchowska@kul.lublin.pl

BODY IMAGE AND INTERNAL DIALOGICAL ACTIVITY IN WOMEN WITH EATING DISORDERS

Abstract

The aim of the article is an attempt to present the body image and internal dialogue activity in women with eating disorders, as well as relations between these variables. The research group (clinical) in the projections consisted of 25 women diagnosed with eating disorders, while the control group – 30 healthy women. In the work of the following methods were used: The Questionnaire of I-body (Scale J-C) Beaty Miruckiej and The Internal Dialogical Activity Scale (IDAS) Piotr Oleś. Analysis of results showed that women with anorexia and bulimia mental, compared to healthy women, exhibit distorted body image and less active dialogue. In addition, disturbed body image was significantly correlated with lower activity of internal dialogue. The obtained results were discussed in the light of research findings and theories.

Key words: body image, internal dialogical activity, eating disorders

Wprowadzenie

Jemy po to, żeby żyć, a głód jest pozytywnym uczuciem. Świat, który proponuje pożywienie w różnorodnej postaci praktycznie na każdym kroku, odsuwa nas jednak od naturalnych sposobów zaspokajania głodu. Skutecznie i podstępnie czynność jedzenia zamienia się w czynność łaknienia, powodując w konsekwencji zaburzenia prawidłowego rozwoju człowieka.

Zaburzenia odżywiania rozumiane są jako jednostki chorobowe na podłożu psychicznym. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 zalicza do nich: jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*), jadłowstręt psychiczny atypowy, żarłoczność psychiczną (*bulimia nervosa*), atypową żarłoczność psychiczną, przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi, wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi, inne zaburzenia odżywiania się, a także zaburzenia odżywiania się nieokreślone (Bilikiewicz, 2003; ICD-10, 2000; Kendall, 2004; Pużyński, Wciórka, 2000). W potocznej opinii zaburzenia łaknienia często są traktowane jako efekt źle zastosowanej kuracji odchudzającej. Tymczasem u podłoża tego zjawiska leży wiele złożonych czynników, wśród których znajduje się również zaburzony obraz własnego ciała (Albisetti, 2001; Barnhill, Taylor, 2001; Bilikiewicz, 2003; Brytek-Matera, 2010; Schier, 2010).

Początki zainteresowania problematyką cielesności sięgają lat 20. ubiegłego wieku i odnoszą się do nazwiska Paula Schildera (1935, za: Grogan, 2008). W swojej pracy z 1950 roku Schilder określił, że obraz ciała, poza indywidualnym postrzeganiem przez osobę, jest również odzwierciedleniem jej postaw wobec własnego ciała oraz interakcji z innymi ludźmi. (por. Mirucka, 2003; por. Schier, 2010). Kreowanie obrazu swojego ciała zachodzi pod wpływem doświadczeń jednostki oraz napływających informacji, dzięki czemu może on się zmieniać na przestrzeni całego życia (Kowalik, 2003; Mirucka, 2003; Rabe-Jabłońska, Dunajska, 1997). Z kolei Slade (1994) podkreśla dodatkowo znaczenie postawy wobec własnego ciała – jego kształtu, rozmiaru i formy, a także uczuć (por. Schier, 2010; por. Sikora, 2010). W związku z tym ciało nie tylko można „widzieć", ale i „czuć". Ponadto według Husserla (1987, za: Kowalik, 2003) subiektywne doświadczanie ciała, jako pewnej spójnej i trwałej własności, pozwala wyodrębnić się z Ja osoby tzw. Ja cielesnego. To z kolei wzbogaca relację podmiot – ciało o nową relację „podmiot (Ja) – moje doświadczenie mnie cielesnego" (Mirucka, 2003, s. 32; por. Schier, 2010; por. Sikora, 2010). Ja cielesne jest zatem sumą tego, co stanowi materialne źródło naszych wrażeń napływających z wnętrza ciała, „wyobrażeń na jego temat i przeżyć związanych z odczuwanymi wrażeniami cielesnymi" (Kowalik, 2003, s. 10). Wspólnym aspektem obrazu ciała i Ja cielesnego są rezultaty poznania ciała łącznie z jego właściwościami (Mirucka, 2003; por Schier, 2010; por. Sikora, 2010).

Kobiety z zaburzeniami odżywiania cechują się nieadekwatnym postrzeganiem rozmiarów i kształtów własnego ciała. Ponadto doświadczają siebie i ciało bardziej jako odrębne byty niż psychosomatyczną całość. Jak dowodzą badania Beaty Miruckiej (2003, 2005) na temat wizerunku ciała w bulimii psychicznej, chore

kobiety w porównaniu ze zdrowymi mają zaburzony obraz swojego ciała i tym samym zaburzone Ja cielesne. Ponadto okazuje się, że kobiety z bulimią nie akceptują własnego ciała oraz posiadają niewłaściwy stosunek do jedzenia i wagi ciała. Jednocześnie przejawiają trudności w eksponowaniu swojej kobiecości oraz mają problemy w relacjach intymnych z mężczyznami (Levine, Smolak, 2004; Mirucka, 2005).

Stanowisko psychoanalityczne zakłada z kolei, że kształtowanie się obrazu ciała zaczyna się już we wczesnym okresie życia. Prawidłowo przebyty etap separacji-indywiduacji sprzyja ukształtowaniu się zdrowej struktury systemu Ja i właściwego obrazu ciała. Z kolei niepomyślność w tym procesie, jako jedna z etiologicznych przyczyn zaburzeń łaknienia, może zaburzyć Ja osoby, powodując rozbieżności pomiędzy jego poszczególnymi podsystemami. Ja cielesne wybija się na pierwszy plan, co przyczynia się do ukształtowania nieprawidłowego wizerunku swojego ciała. Współczesne teorie podkreślają także, że niezadowolenie z własnego ciała jest czynnikiem poprzedzającym rozwój anoreksji i bulimii, zaś klasyfikacja diagnostyczna ICD-10 uwzględnia niewłaściwy wizerunek ciała w obrazie tych zaburzeń (Harwas-Napierała, Trempała, 2000; ICD-10, 2000; Izydorczyk, Bieńkowska, 2008, 2009).

Obciążone własną cielesnością kobiety z zaburzeniami odżywiania podejmują działania, które dają złudne przekonanie, że wolność i autonomia znajdują się tuż za granicą ciała (Józefik, Pilecki, 1999; Pilecki, 1996; Pużyński, Wciórka, 2000). Taki stan rzeczy przejawia się rozbiciem struktury systemu Ja, a tym samym patologicznym Ja cielesnym. W konsekwencji chore kobiety zaniedbują naturalny rozwój własnej osobowości, co może objawiać się m.in. zaburzeniami w obrębie wewnętrznej aktywności dialogowej (Mioduchowska, 2010; por. Mirucka, 2003).

W psychologii osobowości coraz częściej mówi się o tzw. wewnętrznych dialogach rozgrywających się w umyśle człowieka, czyli w systemie Ja. Prostym przykładem może być osoba, która mówi coś do siebie (na głos lub w myślach). Ponadto zakłada się, iż w systemie Ja człowieka znajduje się tak dużo podsystemów Ja, jak dużo jest osób, na opinii których mu zależy (por. Oleś, Hermans, 2005).

Za prekursorów zjawiska wewnętrznej dialogowości można uznać m.in. Meada, Wygotskiego czy Junga. Ich teorie były podstawą dla stworzenia koncepcji dialogowego Ja Huberta Hermansa, która zakłada, że dialogowość Ja jest podstawową zasadą funkcjonowania człowieka. Dialog wewnętrzny jest bowiem konfrontacją różnych głosów, które są sumą doświadczeń jednostki (Hermans i in., 1992; Mesjasz, 2005; Żurawska-Żyła, 2005).

Zdaniem Hermansa człowiek dialoguje nie tylko z innymi ludźmi, ale także z sobą samym, wewnątrz swojego umysłu. W toku życia przyjmuje on różne role (np. dziecka, studenta, pracownika) i tworzy wiele różnych obrazów siebie (np. „ja-idealista", „ja-perfekcjonista"). Zarówno role, jak i obrazy siebie mogą zostać zinternalizowane jako tzw. pozycje (podsystemy) Ja, tym samym stając się uczestnikami dialogów wewnętrznych. Dialogi te ogólnie rozumiane są jako wszelkie wymiany myśli, uczuć i słów, a ich forma oraz treść zależą od wszystkich

współuczestników tej interakcji (Hermans, Hermans-Jansen, 2000; Hermans, 2002; Oleś, 2005, 2009; Oleś, Brygoła, 2011; Puchalska-Wasyl, 2003, 2006).

W teorii dialogowego Ja Hermansa, dialog zachodzi pomiędzy różnymi pozycjami Ja dzięki temu, że każda posiada swój własny głos (Hermans, 2000, 2002; por. Oleś, 2011). Ponadto każda z pozycji Ja może wejść w konwersację z każdą inną pozycją w taki sposób, „że pozostają one względem siebie w relacji zgody lub niezgody, pytania i odpowiedzi" (Puchalska-Wasyl, 2006, s. 8).

Według Hermansa Ja rozumiane jest jako dynamiczna mnogość względnie niezależnych pozycji Ja (*I-position*), istniejąca w przestrzeni wyobrażonej, czyli w przestrzeni umysłu (Hermans i in., 1992; Hermans, 1999; Oleś, Hermans, 2005). Definiując pojęcie Ja, można przyjąć, że ma ono „możliwość poruszania się – tak jak w przestrzeni – od jednej pozycji do innej, stosownie do zmian sytuacji i czasu. Ja nieustannie przemieszcza się pomiędzy różnymi, a nawet przeciwstawnymi pozycjami. Ja – posługując się wyobraźnią – ma zdolność obdarzania każdej pozycji głosem, dzięki czemu może dochodzić między nimi do relacji dialogu. (...). Jako różne głosy, postaci te [pozycje Ja] wymieniają informacje na temat posiadanych przez nie koncepcji siebie (*Me*) oraz świata, skutkiem czego jest złożone, narracyjnie ustrukturyzowane *Self*". (Hermans i in., 1992, za: Hermans, Hermans-Jansen, 2000, s. 165). Podstawową właściwością jest tu możliwość wejścia każdego „bohatera" (czyli pozycji Ja mającej głos) w rolę „autora" własnej opowieści, zaś polifoniczne (wielogłosowe) Ja jest w nieustannej zmienności i płynności (Gasiul, 2005; Mesjasz, 2005; Oleś, Puchalska-Wasyl, 2005).

Dialogowe Ja uwzględnia dymensję „innego". Umożliwia to jednej i tej samej osobie obierać wiele różnych pozycji Ja oraz przenosić się z jednej do drugiej. Co więcej, w jednej pozycji Ja może przeciwstawiać się lub wyśmiewać, rozumieć lub nie rozumieć, zgadzać się lub nie zgadzać z Ja w innej pozycji. Sam dialogowy system Ja jest zawsze powiązany z pozycjami Ja, które umieszczone są – fizycznie albo mentalnie – w czasie i przestrzeni (Oleś, Hermans, 2005; Puchalska-Wasyl, 2005, 2006; Talik, Bąk, 2011).

Człowiek jest podmiotem świadomym i zdolnym do autorefleksji. Dzięki temu ma możliwość kierowania własnym życiem, dokonywania egzystencjalnych wyborów rozwijania swych potencjalności (Hermans, 2002; Kozielecki, 1996; Obuchowski, 1996). Poprzez świadome i celowe odnoszenie się do własnego doświadczenia osoba buduje koncepcję siebie, innych ludzi i otaczającej rzeczywistości. Ponadto jawi się jako wolna jednostka, która jest odpowiedzialna za własny rozwój. Niemniej jednak często działania osoby, w sensie świadomym lub nieświadomym, mogą zmierzać w kierunku samozniszczenia siebie. Dotyczy to nie tylko tego, co zewnętrzne (ciało), ale też tego, co wewnętrzne (Ja) (Płużek, 1991; Schier, 2010).

Funkcjonujący prawidłowo system Ja charakteryzuje się ogólnie tym, że wszystkie jego podsystemy posiadają względem siebie równe pozycje Ja, które współpracują ze sobą. Jeśli natomiast jakieś Ja stale wybija się na pierwszy plan, wtedy dochodzi do rozbieżności w całym systemie. Dezorganizuje to zachowanie, sposób myślenia i może zaburzać naturalny rozwój osoby (Mandrosz-Wróblewska, 1985;

Oleś, 1997; Puchalska-Wasyl, 2006). Niewłaściwy obraz ciała u kobiet z anoreksją i bulimią wiąże się z zaburzonym Ja cielesnym, co z kolei może wskazywać na nieprawidłowości w wewnętrznej aktywności dialogowej. W Literatura przedmiotu podaje, że w zaburzeniach łaknienia Ja cielesne pozostaje w wyraźnej opozycji zwłaszcza do Ja psychicznego. W konsekwencji chore kobiety doświadczają siebie i własne ciało nie w kategoriach psychologicznej całości (jak u kobiet zdrowych), lecz jako oddzielne byty (Brytek-Matera, 2008; Mirucka, 1996; Sakson-Obada, 2009, Schier, 2010).

Kobiety z zaburzeniami odżywiania nie przyjmują do wiadomości faktu, że ich funkcjonowanie jest szkodliwe dla zdrowia i życia. Są bowiem sztywno przekonane o słuszności swojego postępowania (np. nadużywanie środków przeczyszczających i odchudzających, ćwiczenie do granic możliwości, prowokowanie wymiotów). Sztywność ta przejawia się również w strukturze systemu Ja, gdzie Ja dialogowe jest niezdolne do przyjmowania różnych pozycji Ja. Chore nie potrafią adekwatnie i obiektywnie ocenić swoich problemów. Ich osobowość pracuje na zasadzie patologicznego monologu – Ja cielesne jest patologicznie wyolbrzymione, co przysłania pozostałe pozycje Ja (Mioduchowska, 2010; Oleś, 2011; Oleś, Brygoła, 2011; Schier, 2010).

Hipotezy

Celem projektu badawczego jest poszukiwanie powiązań między obrazem własnego ciała i wewnętrzną aktywnością dialogową u kobiet z zaburzeniami odżywiania. W związku z tym, zostały sformułowane dwie hipotezy badawcze.

H1. Kobiety z anoreksją i bulimią, w porównaniu z kobietami zdrowymi, przejawiają zaburzoną wewnętrzną aktywność dialogową.

Hipoteza jest prawdopodobna ze względu na fakt, że anoreksja i bulimia są zaburzeniami zdrowia psychicznego, a wszelkie zaburzenia hamują naturalną (prawidłową) aktywność wyobrażonych dialogów. Jak dowodzą badania nad wewnętrzną dialogowością przeprowadzone przez Watkins (1986) u osób z wieloraką osobowością oraz przez Lysaker i Lysaker (2002) u osób ze schizofrenią, zachodzi istotna różnica między badanymi grupami a populacją zdrową. Ich dialogi są zakłócone, ograniczone i często przybierają postać monologów. Ponadto nie mają one charakteru stricte prorozwojowego (por. Oleś i in., 2010; por. Oleś, 2011).

H2. U kobiet z anoreksją i bulimią, w porównaniu z kobietami zdrowymi, zaburzone Ja cielesne wiąże się z większą aktywnością Ja dialogowego.

Hipoteza ta wydaje się zasadna, gdyż w anoreksji i bulimii psychicznej struktura systemu Ja jest rozbita, a Ja cielesne oddziela się i często pozostaje w opozycji do innych podsystemów Ja. Chore kobiety są niepewne siebie i swojej cielesności, a niepewność ta sprzyja nasileniu wewnętrznej aktywności Ja dialogowego (Mirucka, 1996, 2003; por. Oleś, 2011).

Literatura przedmiotu zakłada, że każdy człowiek przejawia wewnętrzną aktywność dialogową. Dialogowość ta u danej jednostki może występować z różną częstością i intensywnością, co w dużej mierze zależy od aktualnie doświadczanych sytuacji, problemów czy emocji. Zazwyczaj człowiek dialoguje w sytuacji nieprzystosowania, przeżywanych wątpliwości i dylematów. Wówczas wewnętrzne konwersacje z wyobrażonym interlokutorem pozwalają spojrzeć na dany problem z innej niż własna perspektywy (w zależności od pełnionej roli wyimaginowanego rozmówcy) i służą rozwiązaniu przejawianych niepewności. W momencie pojawienia się pewności człowiek przestaje dialogować lub aktywność ta zostaje zminimalizowana (Oleś, 2011; Oleś, Brygoła, 2011). Ponadto zauważono pewną prawidłowość, że im bardziej spójna jest struktura systemu Ja (im bardziej klarowna koncepcja siebie), tym mniejsza aktywność wewnętrznych dialogów (Talik, Bąk, 2011).

Metoda

Operacjonalizacja zmiennych

Przedmiotem zainteresowania niniejszego artykułu jest analiza związku pomiędzy obrazem własnego ciała a wewnętrzną aktywnością dialogową u kobiet z zaburzeniami łaknienia. Do pomiaru tych zmiennych wykorzystano dwie metody kwestionariuszowe: Kwestionariusz Ja Cielesnego (Skala J-C) Beaty Miruckiej oraz Skalę Wewnętrznej Aktywności Dialogowej (SWAD) Piotra Olesia.

Kwestionariusz Ja Cielesnego jest metodą przeznaczoną do oceny obrazu własnego ciała u kobiet od 13. roku życia. Zawiera 49 pozycji testowych (w tym 8 niediagnostycznych) zaklasyfikowanych do czterech skal, które stanowią wymiary Ja cielesnego: Skala M – „Przeżywanie intymności z osobami płci przeciwnej", Skala A – „Akceptacja cielesności", Skala E – „Stosunek do jedzenia i wagi ciała", Skala K – „Eksponowanie kobiecości". Badane kobiety udzielają odpowiedzi na 7-stopniowej skali poprzez odpowiednie ustosunkowanie się do każdego twierdzenia. Niskie wyniki traktuje się jako słabe Ja cielesne, co przejawia się zaburzonym obrazem własnego ciała, zahamowanym we własnej ekspresji, a nawet odrzuconym. Zaś wysokie wyniki świadczą o silnym i prawidłowo rozwiniętym Ja cielesnym, czyli posiadaniem właściwego obrazu własnego ciała (Mirucka, 2003, 2005).

Skala Wewnętrznej Aktywności Dialogowej należy do osobowościowych metod psychologicznych i ma formę kwestionariuszową. Przeznaczona jest do badania osób od 16. roku życia, ze średnim lub wyższym wykształceniem. Metoda zawiera 47 twierdzeń (pierwsze pełni rolę bufora, pozostałe są diagnostyczne) pogrupowanych w osiem podskal: Wewnętrzna aktywność dialogowa (WD), Czysta aktywność dialogowa (AD), Dialogi tożsamościowe (DT), Dialogi wspierające (DW), Dialogi ruminacyjne (DR), Dialogi dysocjacyjne (DD), Symulacja dialogów społecznych (SD), Przyjmowanie punktu widzenia (PW). Zadaniem osoby

badanej jest ustosunkowanie się do każdego twierdzenia na 5-stopniowej skali. Metoda ta przyjmuje, że im wyższy wynik uzyskuje dana osoba, tym posiada ona większe natężenie wewnętrznej aktywności dialogowej (Oleś, 2009; Oleś i in., 2010; Oleś, Brygoła, 2011; Talik, Bąk, 2011).

Charakterystyka badanej grupy

Pytania badawcze zostały zweryfikowane na podstawie wyników badań przeprowadzonych w dwóch grupach – klinicznej i kontrolnej. Grupę kliniczną stanowiły kobiety ze zdiagnozowanymi zaburzeniami odżywiania się – anoreksją lub bulimią psychiczną. Kryterium doboru do grupy była klasyfikacja diagnostyczna ICD-10 oraz płeć. Badania zostały przeprowadzone u osób płci żeńskiej ze względu na częstszą zachorowalność na zaburzenia łaknienia w tej populacji w porównaniu z populacją męską. Dodatkową rolę odgrywał Kwestionariusz Ja cielesnego Miruckiej, który przeznaczony jest do badania kobiet.

Wszystkie badania zostały przeprowadzone indywidualnie w Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie na oddziale psychiatrycznym dla młodzieży oraz w Klinice Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie na oddziale nerwicowym, w okresie od kwietnia 2009 do maja 2010 roku. W tym czasie 5 kobiet odmówiło wzięcia udziału w projekcie, a 26 zgodziło się na badanie. Do ostatecznej wersji zakwalifikowano 25 kobiet, gdyż jeden egzemplarz testów nie był wypełniony w całości.

Grupę kontrolną natomiast tworzyło 30 studentek i absolwentek lubelskich uczelni wyższych. Kryterium doboru stanowiła płeć żeńska, zbliżony wiek do grupy klinicznej oraz brak zdiagnozowanego zaburzenia łaknienia (wg ICD-10). Miejscem badań kobiet zdrowych były lubelskie uczelnie wyższe (KUL, UMCS, UP, UM).

W badaniach wzięło udział 55 kobiet w wieku od 15 do 30 lat (M = 21,93; SD = 3,20), z czego 25 kobiet tworzyło grupę kliniczną (M = 20,80 roku; SD = 4,10), a 30 – grupę kontrolną (M = 22,90 roku; SD = 1,80).

Grupa kliniczna była wewnętrznie zróżnicowana pod względem rodzaju zaburzeń odżywiania się. Znalazło się w niej 11 kobiet z anoreksją psychiczną (44%), 11 z bulimią psychiczną (44%) i 3 z mieszanym zaburzeniem łaknienia (12%). Trzeba zaznaczyć, że termin „mieszane zaburzenie" odnosi się do tych kobiet, w stosunku do których lekarze nie potrafili przypisać konkretnej jednostki chorobowej wg ICD-10. Przejawiały one bowiem zachowania charakterystyczne dla anoreksji oraz bulimii. W związku z tym, jak również z uwagi na małą liczebność tej grupy, kobiety z zaburzeniem mieszanym nie zostały uwzględnione w statystycznych badaniach korelacyjnych.

Różnica w liczebności obu grup spowodowana jest tym, że dostęp do kobiet z zaburzeniami odżywiania był utrudniony procedurami szpitalnymi, aktualną ilością pacjentek przebywających na oddziałach oraz uzyskaniem od nich zgody. Wobec tych trudności zdecydowano się włączyć do grupy klinicznej również kobiety

poniżej 16. roku życia, a także te z wykształceniem podstawowym. W związku z tym kontrolowano rozumienie stwierdzeń i sposób udzielania odpowiedzi przez respondentki w metodzie SWAD.

Najwięcej kobiet w grupie klinicznej miało podstawowe wykształcenie (10 kobiet), w tym większość stanowiły kobiety z anoreksją (5). Natomiast najmniej było kobiet z wykształceniem wyższym (6). Ponadto kobiety z bulimią najczęściej posiadały wykształcenie średnie (5).

Kobiety z anoreksją i bulimią psychiczną najczęściej pochodziły z dużych miast (14); tylko cztery kobiety pochodziły ze wsi.

Wyniki

Wewnętrzna aktywność dialogowa u kobiet z zaburzeniami odżywiania

W celu sprawdzenia różnic, jakie zachodzą w wewnętrznej aktywności dialogowej między badanymi grupami, obliczono istotność różnic pomiędzy wynikami średnimi uzyskanymi w podskalach kwestionariusza SWAD (tab. 1). Przeprowadzone analizy wskazują, że nie ma istotnych różnic w nasileniu wewnętrznej dialogowości (WD) pomiędzy badanymi grupami. Jednak aktywność dialogowa u kobiet z zaburzeniami odżywiania znacząco różni się od aktywności dialogowej u kobiet zdrowych w przypadku dwóch elementów: Dialogi ruminacyjne (DR) i Dialogi dysocjacyjne (DD).

Tabela 1. Różnice pomiędzy kobietami z zaburzeniami odżywiania a kobietami zdrowymi w obszarze wewnętrznej aktywności dialogowej

Skala SWAD	**Grupa kliniczna**		**Grupa kontrolna**		**Test *t***			**d Cohena**
	M	**SD**	**M**	**SD**	**t**	**df**	**p <**	
WD	143,20	39,53	129,47	22,79	1,54	37	0,133	–
AD	17,80	5,40	17,73	5,06	0,05	50	0,963	–
DT	18,84	6,03	18,13	5,00	0,47	47	0,642	
DW	22,12	6,94	20,73	3,10	0,89	37	0,382	–
DR	28,76	9,35	21,60	5,20	3,42	36	0,002	1,14
DD	15,60	4,86	11,80	4,08	3,15	47	0,003	0,92
SD	24,08	8,54	24,13	4,72	-0,03	36	0,978	
PW	16,00	4,95	15,33	3,85	0,55	45	0,586	

Kobiety z zaburzeniami odżywiania częściej niż kobiety zdrowe odnoszą się do przykrych i trudnych tematów, przywoływanych w myślach i drążonych w postaci wewnętrznego dialogu (t = 3,42). Wielkość efektu jest dosyć duża (*d Cohena* = 1,14). Dodatkowo częściej doświadczają frustracji, znużenia, a nawet

wewnętrznego rozbicia. Kobiety z grupy klinicznej, w porównaniu z grupą kontrolną, znacznie częściej prowadzą konwersacje między dwiema przeciwstawnymi pozycjami Ja, a ponadto doświadczane konflikty rozstrzygają w postaci wewnętrznego dialogu (t = 3,15). Tutaj również wielkość efektu jest duża (*d Cohena* = 0,92).

Związek między Ja cielesnym a Ja dialogowym u kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną

Dla sprawdzenia związku, jaki zachodzi pomiędzy wizerunkiem swojego ciała i wewnętrzną aktywnością, posłużono się Skalą J-C i SWAD. Zależności zostały zaprezentowane w tabeli poniżej (tab. 2).

Tabela 2. Korelacje rho Spearmana pomiędzy skalą J-C i SWAD dla grupy klinicznej

Skala SWAD	**Skala J-C**				
	Ogólne JC	**M**	**A**	**E**	**K**
WD	-0,58**	-0,71**	-0,25	-0,79**	-0,30
AD	-0,44*	-0,55**	-0,10	-0,76**	0,03
DT	-0,18	-0,30	0,15	-0,24	0,06
DW	-0,59**	-0,70**	-0,28	-0,73**	0,00
DR	-0,70**	-0,75**	-0,44*	-0,76**	-0,21
DD	-0,41*	-0,55**	-0,17	-0,67**	0,09
SD	-0,53**	-0,63**	-0,30	-0,76**	-0,01
PW	-0,33	-0,42*	-0,09	-0,60**	-0,05

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Badanie ujawnia, że wszystkie istotne korelacje pomiędzy podskalami obu metod mają charakter ujemny. U kobiet z zaburzeniami łaknienia ogólne JC koreluje umiarkowanie, choć satysfakcjonująco, z: wewnętrzną aktywnością dialogową (WD) (r = -0,58; p < 0,01), czystą aktywnością dialogową (AD) (r = -0,44; p < 0,001), dialogami wspierającymi (DW) (r = -0,59; p < 0,01), dialogami ruminacyjnymi (DR) (r = -0,70; p < 0,01), dialogami dysocjacyjnymi (DD) (r = -0,41; p < 0,001) i symulacją dialogów społecznych (SD) (r = -0,53; p < 0,01). Ponadto przeżywanie intymności w relacji z osobami płci przeciwnej (podskala M) koreluje wysoko z WD i DR (r = -0,71; p < 0,01 i r = -0,75; p < 0,01). Na poziomie umiarkowanym wiąże się z podskalami: WD (r = -0,71; p < 0,01), AD (r = -0,55; p < 0,01), DD (r = -0,55; p < 0,01), SD (r = -0,63; p < 0,01) i przyjmowanie punktu widzenia (PW) (r = -0,42; p < 0,05). Pomiędzy akceptacją cielesności (podskala A) i podskalą DR zachodzi współzależność istotna statystycznie, ujemna i umiarkowana (r = -0,44; p < 0,05). Z kolei stosunek do jedzenia i wagi ciała (podskala E) koreluje istotnie, ujemnie i wysoko z WD (r = -0,79; p < 0,01), AD (r = -0,76; p < 0,01),

DR (r = -0,76; p < 0,01), SD (r = -0,76; p < 0,01) i DW (r = -0,73; p < 0,01), a istotnie, ujemnie i umiarkowanie koreluje z podskalą DD (r = -0,67; p < 0,01) i PW (r = -0,60; p < 0,01).

Dla porównania, w grupie kontrolnej zachodzi ujemna korelacja na poziomie umiarkowanym pomiędzy podskalą M a podskalami: WD (r = -0,40; p < 0,05), DR (r = -0,42; p < 0,05) i DD (r = -0,42; p < 0,05). Zaprezentowano to w tabeli 3.

Tabela 3. Korelacje rho Spearmana pomiędzy skalą J-C i SWAD dla grupy kontrolnej

Skala SWAD	**Skala J-C**				
	Ogólne JC	**M**	**A**	**E**	**K**
WD	-0,22	-0,40*	-0,18	0,08	-0,25
AD	-0,29	-0,15	-0,21	-0,04	-0,11
DT	0,27	0,09	0,24	0,17	0,04
DW	-0,10	-0,25	-0,06	0,00	-0,02
DR	-0,26	-0,42*	-0,30	0,11	-0,35
DD	-0,31	-0,42*	-0,28	0,00	-0,33
SD	-0,19	-0,32	-0,13	-0,05	0,04
PW	-0,10	-0,24	-0,15	0,06	-0,06

* p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Tak przedstawiające się wyniki pokazują, że im większe problemy z Ja cielesnym przejawiają kobiety z zaburzeniami odżywiania (niższe wyniki w Skali J-C), tym ich wewnętrzna aktywność dialogowa jest większa (wyższe wyniki w SWAD), ale i zaburzona. W porównaniu z kobietami zdrowymi nieadaptacyjny obraz własnego ciała koreluje u nich z większą aktywnością wewnętrznych dialogów, a zwłaszcza dialogów ruminacyjnych, wspierających i dysocjacyjnych. Ponadto kobiety z anoreksją i bulimią psychiczną częściej symulują lub kontynuują w wyobraźni rozmowy z innymi ludźmi.

U kobiet z zaburzeniami odżywiania doświadczanie niepokoju w relacjach intymnych oraz nadmierne kontrolowanie spożywanego jedzenia i wagi ciała, wiążą się z większym nasileniem wyobrażonych dialogów, zwłaszcza o charakterze wspierającym, dysocjacyjnym i ruminacyjnym. Dialogi dysocjacyjne oraz ruminacyjne pojawiają się również u kobiet zdrowych, zwłaszcza w sytuacji przeżywania intymności w relacji z mężczyznami. Może wskazywać to na fakt, że sytuacja intymna z mężczyzną jest dla kobiet emocjonalnym doświadczeniem, bez względu na przejawiany przez nie stosunek do własnego ciała. Co więcej, u chorych kobiet drążenie w myślach przykrych tematów łączy się z brakiem akceptacji własnej cielesności. Zaburzony obraz własnego ciała (czynnik M i E) wiąże się u nich z symulowaniem i kontynuowaniem dialogów społecznych wewnątrz własnego umysłu oraz postrzeganiem różnych sprawy z innej niż własna perspektywy.

Dyskusja

Kobiety z zaburzeniami odżywiania różnią się od kobiet zdrowych pod względem obrazu własnego ciała, który jest u nich nieprawidłowy. Świadczy to o tym, że kobiety z anoreksją i bulimią psychiczną, w porównaniu z kobietami zdrowymi, postrzegają swoją cielesność w sposób zaburzony. Nie akceptują one własnego kobiecego ciała oraz kierują wobec niego negatywne uczucia. W relacjach intymnych z mężczyznami doświadczają lęku oraz niepokoju, co może skłaniać je do unikania takich sytuacji. Jednocześnie przejawiają trudności w eksponowaniu własnej kobiecości, wstydząc się jej, a nawet traktując jako zbędny balast. Ich stosunek do wagi ciała i jedzenia jest nieprawidłowy. Dążąc bowiem do nierealistycznych rozmiarów i kształtów ciała, stosują rygorystyczne diety i głodówki (zwłaszcza w anoreksji) lub nadmiernie objadają się (w bulimii i anoreksji bulimicznej), nadużywają środków przeczyszczających, prowokują wymioty i poddają się katorżniczym ćwiczeniom fizycznym (por. Dunajska, Rabe-Jabłońska, 2004).

Uzyskane rezultaty w niniejszym etapie pośrednio potwierdzają nie tylko kryteria diagnostyczne ICD-10 (oraz DSM-IV), które w obrazie anoreksji i bulimii psychicznej uwzględniają zaburzony wizerunek ciała, ale również inne liczne badania (m.in. Bruch, 1962; Głębocka, Bednarska, 2005; Iniewicz, 2004a, 2004b, 2005; Mirucka, 2005). Wyniki i wnioski badań autorki niniejszego artykułu korespondują na przykład z wynikami badań Miruckiej (2005) przeprowadzonymi za pomocą Skali J-C. Dowodzą one, że kobiety z bulimią, w porównaniu z kobietami zdrowymi, mają zaburzony obraz własnego ciała, a tym samym nieprawidłowo funkcjonujące Ja cielesne. Ponadto inne badania (Izydoryczyk, Rybicka-Klimczyk, 2009) pokazują dodatkowo rozbieżności pomiędzy Ja realnym i Ja idealnym u dziewcząt i kobiet z zaburzeniami łaknienia w porównaniu z grupą kontrolną. Świadczy to o tym, że kobiety chore posiadają nieadekwatny wizerunek własnego ciała, spostrzegając je jako grubsze, niż jest ono w rzeczywistości.

Z kolei odwołując się do literatury przedmiotu, można przytoczyć niektóre definicje i teorie, które mogą być dodatkowym wyjaśnieniem niniejszych wyników. Na przykład wspomniana we wprowadzeniu definicja Slade (Slade, Brodie, 1994) podaje, że na wizerunek własnego ciała składa się nie tylko tzw. „obraz umysłowy" i skierowane do niego uczucia, ale też określona postawa. To właśnie od postawy do swojego ciała zależy poczucie integralności z własną cielesnością (umysłem i ciałem). Pozytywna postawa i ocena (kształtu ciała, wagi i wzrostu) daje takie poczucie, zaś negatywna – nie. Ponadto negatywna postawa obrazuje pewne „pęknięcie" w strukturze systemu Ja, które u kobiet z zaburzeniami łaknienia przejawia się rozbieżnością zwłaszcza pomiędzy Ja cielesnym a Ja psychicznym, a tym samym pomiędzy Ja cielesnym i pozostałymi podsystemami Ja. Zazwyczaj dochodzi do tego w sytuacjach, kiedy własny wygląd zaczyna być postrzegany przez kobietę jako przeszkoda do osiągnięcia ważnych celów (np. w intymnych relacjach z mężczyznami). Owo „pęknięcie" przebiega wtedy między osobistymi fantazjami czy pragnieniami a negatywnie wartościowanym ciałem. Jednocześnie rozbieżności

w strukturze Ja uniemożliwiają adekwatne odczytywanie informacji napływających z zewnątrz, jak i z wnętrza organizmu (np. poczucie głodu, sytości, przemęczenia), co utrudnia kontrolowanie ich oraz nadawanie im właściwych znaczeń. Zatem, jak pokazują też wyniki badań własnych autorki, u kobiet z anoreksją i bulimią Ja cielesne jest zaburzone, przez co zostaje zaburzony wizerunek ciała, co w konsekwencji przyczynia się do nieakceptowania siebie. Zaś brak zadowolenia utrudnia odbieranie własnego ciała w kategoriach elementu pasującego do struktury systemu Ja.

Współczesne teorie podają, że niezadowolenie z własnego ciała jest czynnikiem poprzedzającym i podtrzymującym rozwój zaburzeń łaknienia. Informacje napływające z otoczenia (od innych osób i mass mediów) oraz zbyt duża koncentracja na kształcie i wadze ciała przyczyniają się do powstania złudnego przekonania, że jedynie smukła sylwetka da poczucie wysokiej wartości i zapewni życiowe sukcesy. Ponadto zaburzony wizerunek ciała może odgrywać dużą rolę w nieprawidłowym funkcjonowaniu seksualnym kobiet z anoreksją i bulimią. Różne badania pokazują (np. Sarol-Kulka, Kulka, 2005), że kobiety te, a zwłaszcza kobiety z anoreksją, częściej niż osoby zdrowe oceniają własne ciało jako całkowicie nieatrakcyjne. Co więcej, powoduje to zablokowanie eksponowania własnej kobiecości. Kobiety z anoreksją zaprzeczają swojej seksualności, a kobiet z bulimią mają osłabione libido, przez co kontakty seksualne z mężczyznami odczuwają jako przykre doświadczenie. Dlatego tak jedne, jak i drugie wolą ich unikać.

Wiele badań wskazuje, że zniekształcony obraz ciała oraz nieakceptowanie własnej seksualności przez kobiety z anoreksją i bulimią może wynikać z traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa, zwłaszcza o charakterze seksualnym. Literatura przedmiotu podaje, że wykorzystywane seksualnie kobiety mogą odczuwać obrzydzenie do swojego ciała oraz lęk przed nim i własną seksualnością. Zaburzenia odżywiania, „służące" wyniszczeniu ciała i pozbawieniu go tym samym cech kobiecych, mogą w złudny sposób chronić je przed podobnymi doświadczeniami w przyszłości. Z drugiej jednak strony „pomagają" przedłużyć (lub zachować) fazę dzieciństwa (np. zanik miesiączki), która jakby zwalnia je z dorosłego i samodzielnego życia. W nieświadomy sposób bowiem kobiety te dążą do uzyskania lub utrzymania poczucia bezpieczeństwa i opieki ze strony najbliższych (zwłaszcza matki).

Kobiety z anoreksją i bulimią psychiczną różnią się od kobiet zdrowych pod względem wewnętrznej aktywności dialogowej, która jest u nich zaburzona. Przejawia się to tym, że chore kobiety zdecydowanie częściej niż zdrowe prowadzą wewnętrzne dialogi, które nie sprzyjają naturalnemu rozwojowi. Ich wyobrażone konwersacje mają charakter ruminacyjny i dysocjacyjny. Przywołują one w myślach i „drążą" przykre oraz trudne tematy. Wewnętrzne spory zwykle toczą między widocznie przeciwstawnymi częściami samej siebie (pozycjami Ja). Powoduje to poczucie znużenia i wewnętrznego rozbicia, a jednocześnie doświadczania nieustannej frustracji.

Wyjaśnieniem, dlaczego u kobiet z zaburzeniami odżywiania częściej niż u kobiet zdrowych występują dialogi ruminacyjne i dysocjacyjne (a zwłaszcza ruminacyjne), mogą być wnioski z badań Hermansa (1999) na temat konkluzji płynących z dialogu wyobrażonego. Pokazują one, że ponad połowa respondentów nie doświadcza dialogu jako źródła nowatorskich rozwiązań dla nurtujących ich problemów. Bowiem „zafiksowanie się" na szczegółowym rozmyślaniu na temat danego problemu nie pozwala przechodzić do kolejnych etapów dialogowego cyklu (czyli spojrzenia na problem z innej perspektywy i ustosunkowania się do niego). Takie zjawisko może również występować u kobiet z zaburzeniami łaknienia, które nadmiernie koncentrują swoje myśli i działania na sprawach własnej cielesności. Są one bowiem przekonane o skuteczności własnego postępowania w dążeniu do „idealnej" sylwetki i nie przyjmują do siebie lub nawet nie poszukują innych sposobów radzenia sobie z doświadczanymi problemami.

Potwierdzeniem powyższej hipotezy są też informacje i spostrzeżenia, które autorka uzyskała podczas przeprowadzania niniejszych badań w grupie klinicznej. Badane przez autorkę kobiety na pytanie: „Czy dostrzegają jakieś inne, bardziej prozdrowotne metody uzyskania ładnej sylwetki?" oraz „Czy korzystały z pomocy specjalisty, np. dietetyka?", odpowiadały, że w nic innego nie wierzą, że to jest ich ciało i że tylko one potrafią najlepiej sobie pomóc. Dodawały również, że nieustannie myślą o kaloriach, które musiały zjeść w szpitalu oraz o sposobach, jak się ich teraz pozbyć i tym samym, jak oszukać personel medyczny. Z drugiej jednak strony twierdziły, że ciągła kontrola nad własnym ciałem męczy je, pozbawia wszelkich uciech (przerwanie edukacji, utrata kontaktów przyjacielskich, zaprzestanie rozwijania pasji) oraz utrudnia „normalne" funkcjonowanie (zaburzony rytm dobowy).

Odwołując się do badań cytowanych w literaturze przedmiotu, chore kobiety, w porównaniu z kobietami zdrowymi, charakteryzują się niższą samooceną, krytycyzmem i surową oceną siebie (np. Kozak, Kozak, 2003). Dodatkowo są lękliwe i neurotyczne (np. Mikołajczyk, Samochowiec, 2004). Takie cechy osobowości często współistnieją z dialogami ruminacyjnymi i dysocjacyjnymi, które *sensu stricte* nie są nastawione na rozwój. Potwierdzają to badania Wróbla (2009). Pokazują one bowiem, że neurotyczność istotnie koreluje z tymi dwoma rodzajami wewnętrznych dialogów. Ponadto, jak zakłada stanowisko poznawcze, kobiety z zaburzeniami odżywiania, mają usztywnione schematy poznawcze. Z tego też powodu ich wyobrażone dialogi mogą przybierać charakter dysocjacyjny, w którym wszelkie dyskusje rozgrywają się między dwiema wyodrębnionymi częściami Ja. W związku z tym inne pozycje Ja nie mają możliwości zaistnieć. Idąc dalej za stanowiskiem poznawczym, występowanie dialogów ruminacyjnych u tych kobiet może być również związane z usztywnionym myśleniem i permanentnym użalaniem się nad swoim ciałem.

U kobiet z anoreksją i bulimią, w porównaniu z kobietami zdrowymi, zaburzone Ja cielesne wiąże się z większą aktywnością Ja dialogowego. A zatem niewłaściwy wizerunek swojego ciała współistnieje u nich z większą aktywnością

i spontanicznością w prowadzeniu wyobrażonych dialogów. Wytłumaczeniem dla takiej dialogowości mogą być nie tylko przytoczone w ww. artykule wyniki badań Talika i Bąka (2011), ale również zjawisko rozbitej struktury systemu Ja u kobiet z zaburzeniami łaknienia (Mirucka, 1996, 2003). Jak wiadomo, brak spójności w strukturze Ja przejawia się dysharmonią pomiędzy różnymi jego podsystemami. W anoreksji i bulimii jest to szczególnie widoczne pomiędzy Ja realnym i Ja idealnym oraz między Ja psychicznym i Ja cielesnym. Ja idealne i Ja cielesne dominuje nad innymi pozycjami całego systemu, co zaburza wewnętrzną aktywność dialogową. Jak pokazują badania Hermansa (1999), u osób z zaburzeniami psychicznymi częściej występuje monolog, w którym nie jest możliwa realna współpraca pomiędzy różnymi pozycjami Ja.

U kobiet z zaburzeniami łaknienia nieakceptowanie własnej cielesności i permanentne jej kontrolowanie sprzyja prowadzeniu dialogów ruminacyjnych (np. kobieta ciągle myśli i zamartwia się z powodu wszelkich niedoskonałości swojego ciała) (Kuleta, 2008), dysocjacyjnych (np. w bulimii objadanie się daje chwilowe poczucie „euforii", po czym pojawia się silne poczucie winy i złości na siebie, a jedynym sposobem pozbycia się tych złych emocji i spożytego jedzenia jest sprowokowanie wymiotów) oraz wspierających (wg literatury są częstszym źródłem porozumienia w porównaniu z dialogami realnymi).

Istotne znaczenie w intymnym życiu chorych kobiet może odgrywać doświadczanie przez nie lęku, który zniechęca je do nawiązywania głębszych znajomości z mężczyznami lub wręcz unikają one takich kontaktów. Co więcej, doświadczanie lęku może wpływać na prowadzenie społecznych dialogów w myślach oraz ocenianie różnych spraw z innej niż własna perspektywy. Ponadto dialogi wspierające mogą zastępować realne konwersacje, dawać im oparcie i zrozumienie. Jednocześnie ten rodzaj wyobrażonej rozmowy może wspierać chore kobiety w dążeniu do obranego celu (np. jakim jest posiadanie idealnego ciała), podawać instrukcje postępowania oraz utwierdzać we własnych przekonaniach (np. na temat słuszności stosowanych praktyk odchudzających), zwłaszcza że posiadają one niewłaściwy stosunek do jedzenia i wagi ciała.

Zakończenie

Wyniki przedstawione w niniejszym artykule stanowią wkład w problematykę obrazu ciała u kobiet z zaburzeniami łaknienia, a także w problematykę wewnętrznej aktywności dialogowej. Pokazują bowiem, że zaburzone Ja cielesne wiąże się u nich z ograniczeniami Ja dialogowego. Problemy doświadczane przez kobiety z anoreksją i bulimią, w porównaniu z grupą kontrolną, współistnieją z prowadzeniem wewnętrznych konwersacji o charakterze ruminacyjnym i dysocjacyjnym. Tak przedstawiające się rezultaty nie są jednak wolne od ograniczeń. Jednym z nich może być zbyt mała liczba kobiet w grupie klinicznej. W przyszłości warto

byłoby powtórzyć to badanie na większej grupie chorych kobiet. Ponadto ciekawe byłoby sprawdzenie, jakie różnice w dialogowości zachodzą pomiędzy kobietami z anoreksją a kobietami z bulimią psychiczną.

Innym czynnikiem, częściowo powiązanym z poprzednim, może być różnica w dojrzałości oraz świadomości obrazu własnego ciała grupy kontrolnej i chorych kobiet. W przyszłości warto zatem zadbać o większą homogeniczność grup pod względem ich wieku. Jednak nie jest to błędem metodologicznym, ponieważ, odwołując się do badań Levine'a i Smolaka (2004), po etapie początkowego spadku zadowolenia z własnego ciała w wieku 12-15 lat obraz ciała zaczyna się stabilizować, czego efekty utrzymują się w późniejszym okresie.

Literatura cytowana

Albisetti V. (2001). *Pułapka anoreksji. Dlaczego się choruje, jak wyzdrowieć*. Kielce: Wydawnictwo Jedność.

Barnhill J.W., Taylor N. (2001). *A jeśli to… zaburzenia odżywiania*. Warszawa: Wydawnictwo Prószyński i S-ka.

Bilikiewicz A. (2003). *Zespoły psychopatologiczne związane z zaburzeniami procesów fizjologicznych*. [W:] A. Bilikiewicz (red.). *Psychiatria* (s. 383-389). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Bruch H. (1962). *Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa*. Psychosom. Med., 24, 187-194.

Brytek-Matera A. (2008). *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychologicznym*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Brytek-Matera A. (2010). *(Nie)świadomość doznań płynących z ciała u osób z zaburzeniami odżywiania*. [W:] A. Brytek-Matera (red.). *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała* (s. 66-86). Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Dunajska A., Rabe-Jabłońska J. (2004). *Ewolucja poglądów na temat zaburzeń obrazu ciała w jadłowstręcie psychicznym. Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 4(2), 95-103.

Gasiul H. (2005). *Monolog czy dialog? Refleksje nad kryteriami oceny jakości rozwoju „ja"*. [W:] E. Chmielnicka-Kuter, M. Pychalska-Wasyl (red.). *Polifonia osobowości. Aktualne problemy psychologii narracyjnej* (s. 33-50). Lublin: Wydawnictwo KUL.

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.

Grogan S. (2008). *Body Image. Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. London, New York: Routledge. Taylor and Francis Group.

Harwas-Napierała B., Trempała J. (2000). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hermans H.J.M., Kempen H.J.G., Van Loon R.J.P. (1992). *The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. American Psychologist*, 47(1), 23-33.

Hermans H.J.M. (1999). *Dialogical thinking and self-innovation. Culture and Psychology*, 5(1), 67-87.

Hermans H.J.M., Hermans-Jansen E. (2000). *Autonarracje: tworzenie znaczeń w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo PTP PTP.

Hermans H.J.M. (2002). *The dialogical self: Toward a theory of personal and cultural positioning*. Culture and Psychology, 7(3), 243-281.

ICD-10 (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów*

Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Iniewicz G. (2004a). *Depresja u dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną. Depression in adolescent females suffering from anorexia nervosa.* Psychoterapia, 128(1), 5-12.

Iniewicz G. (2004b). *Samokontrola i jej uwarunkowania u dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną. Self-control and its conditions in female adolescents with anorexia nervosa.* Psychoterapia, 130(3), 45-53.

Iniewicz G. (2005). *Obraz siebie dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną. Self-image of female adolescents suffering from anorexia nervosa.* Psychiatria Polska, 39(4), 709-717.

Izydorczyk B., Bieńkowska N. (2008). *Obraz Ja cielesnego – wybrane teoretyczne wątki rozumienia psychologicznych mechanizmów zjawiska. Część I. Problemy Medycyny Rodzinnej,* 25(4), 52-58.

Izydorczyk B., Bieńkowska N. (2009). *Obraz Ja cielesnego – wybrane teoretyczne wątki rozumienia psychologicznych mechanizmów zjawiska. Część II.* Problemy Medycyny Rodzinnej, 26(1), 51-54.

Izydorczyk B., Rybicka-Klimczyk A. (2009). *Poznawcze aspekty obrazu ciała u kobiet a zaburzenia odżywiania.* Endokrynologia Polska, 60(4), 287-294.

Józefik B., Pilecki M. (1999). *Obraz kliniczny zaburzeń odżywiania się.* [W:] B. Józefik (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się* (s. 30-39). Kraków: Wydawnictwo UJ.

Kendall P.C. (2004). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Kowalik S. (2003). *Ja-cielesne – próba nowego spojrzenia.* Polskie Forum Psychologiczne, 8(1-2), 5-29.

Kozak A., Kozak G. (2003). *Cechy osobowości i obraz siebie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym (anorexia nervosa).* Roczniki Psychologiczne, 6, 115-129.

Kozielecki J. (1996). *Koncepcje psychologiczne człowieka.* Warszawa: Wydawnictwo „Żak".

Kuleta M. (2008). *Społeczno-kulturowe i osobowościowe uwarunkowania obrazu własnego ciała.* [W:] D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta (red.). *W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości* (s. 101-115). Kraków: Wydawnictwo UJ.

Levine M.P., Smolak L. (2004). *Body image development in adolescence.* [W:] T.F. Cash, T. Pruzinsky (red.). *Body image. A handbook of theory, research and clinical practice* (s. 74-82). London and NY: Guilford Press.

Lysaker P.H., Lysaker J.T. (2002). *Narrative structure in psychosis. Schizophrenia and disruptions in the dialogical self.* Theory and Psychology, 12(2), 207-220.

Mandrosz-Wróblewska J. (1985). *Rola schematów „Ja" w przetwarzaniu informacji o sobie i innych ludziach. Teoria Hazel Markus.* Przegląd Psychologiczny, 28(1), 101-119.

Mesjasz J. (2005). *Lęk przed śmiercią w autonarracji.* [W:] E. Chmielnicka-Kuter, M. Puchalska-Wasyl (red.). *Polifonia osobowości. Aktualne problemy psychologii narracyjnej* (s. 317-331). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Mikołajczyk E., Samochowiec J. (2004). *Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania.* Psychiatria, 1(2), 91-95.

Mioduchowska A. (2010). *Obraz własnego ciała a wewnętrzna aktywność dialogowa i tendencje autoagresywne u kobiet z zaburzeniami odżywiania.* Niepublikowana praca magisterska. Lublin: Wydawnictwo KUL.

Mirucka B. (1996). *Zdobywanie przestrzeni psychologicznej przez odrzucenie ciała: psychosomatyczne aspekty zaburzeń odżywiania się.* Test, 4, 93-102.

Mirucka B. (2003). *Ja-cielesne fundamentem osobowości.* Polskie Forum Psychologiczne, 8(1-2), 30-40.

Mirucka B. (2005). *Kwestionariusz Ja Cielesnego (Skala J-C).* Przegląd Psychologiczny, 48(3), 313-329.

Obuchowski K. (1996). *Jednostka ludzka.* Czasopismo Psychologiczne, 2, 47-59.

Oleś P. (1997). *Dynamiczny self: implikacje dla zjawiska autodestrukcji.* [W:] P. Oleś (red.). *Wybrane zagadnienia z psychologii osobowości* (s. 283-299). Lublin: Wydawnictwo TN KUL.

Oleś P.K. (2005). *Zjawiska dialogowe – od wpływu społecznego po aktywność wewnętrzną.* Przegląd Psychologiczny, 48(1), 11-18.

Oleś P.K., Hermans H.J.H. (2005). *The dialogical self: theory and research.* Lublin: Wydawnictwo KUL.

Oleś P., Puchalska-Wasyl M. (2005). *Tożsamość narracyjna czy Ja polifoniczne?* [W:] E. Chmielnicka-Kuter, M. Puchalska-Wasyl (red.). *Polifonia osobowości. Aktualne problemy psychologii narracyjnej* (s. 51-64). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Oleś P.K. (2009). *Czy głosy umysłu da się mierzyć? Skala Wewnętrznej Aktywności Dialogowej (SWAD).* Przegląd Psychologiczny, 52(1) 37-50.

Oleś P.K., Dras J., Jankowski T., Kalinowska I., Parzych J., Sosnowska K., Batory A., Borawski D., Buszek M., Chorąży K., Kubala D., Sadowski S., Talik W., Wróbel M. (2010). *Wewnętrzna aktywność dialogowa i jej psychologiczne korelaty.* Czasopismo Psychologiczne, 16(1), 113-127.

Oleś P.K. (2011). *Dialogowe Ja: zarys teorii, inspiracje badawcze, ciekawsze wyniki.* [W:] P.K. Oleś, M. Puchalska-Wasyl (red.). *Dialog z samym sobą* (s. 143-174). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Oleś P., Brygoła E. (2011). *Świadomość dialogowa – implikacje dla zdrowia.* [W:] M. Górnik-Durose, J. Mateusiak (red.). *Psychologia zdrowia: Konteksty i pogranicza* (s. 109-121). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Pilecki M. (1996). *Diagnostyka zaburzeń odżywiania się.* [W:] B. Józefik (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się* (s. 40-51). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Płużek Z. (1991). *Psychologia pastoralna*. Kraków: Instytut Teologiczny Księży Misjonarzy.

Puchalska-Wasyl M. (2003). *Dialogowość jako sposób funkcjonowania człowieka – aspekty rozwojowe.* Psychologia Rozwojowa, 8(4), 47-62.

Puchalska-Wasyl M. (2006). *Nasze wewnętrzne dialogi. O dialogowości jako sposobie funkcjonowania człowieka*. Wrocław: Wydawnictwo UW.

Pużyński S., Wciórka J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius.

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

Sakson-Obada O. (2009). *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Sarol-Kulka A., Kulka Z. (2005). *Obraz własnego ciała a seksualność kobiet z zaburzeniami odżywiania się*. Postęp Psychiatrii i Neurologii, 14(2), 115-122.

Schier K. (2010). *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Sikora I. (2010). *Ciało i zdrowie w okresie późnej adolescencji.* [W:] A. Brytek-Matera (red.). *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała* (s.132-148). Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Slade P.D., Brodie D. (1994). *Awareness of body dimentions in anorexia nervosa: A reconceptualization based in the recent literature.* Eating Disorders Review, 2, 39-46.

Talik W., Bąk W. (2011). *Struktura systemu Ja a wewnętrzna aktywność dialogowa. Ujęcie w perspektywie rozwojowej.* [W:] P.K. Oleś, M. Puchalska-Wasyl (red.). *Dialog z samym sobą* (s. 252-273). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Watkins M. (1986). *Invisible Guest: The Development of Imaginal Dialogues*. Hillsdale, New York: The Analytic Press.

Wróbel M. (2009). *Wewnętrzna aktywność dialogowa a obraz siebie*. Nieopublikowana praca magisterska. Lublin: Wydawnictwo KUL.

Żurawska-Żyła R. (2005). *Zastosowanie koncepcji wielogłosowego Ja H. Hermansa oraz Metody Konfrontacji z Sobą w badaniach psychobiograficznych*. [W:] E. Chmielnicka-Kuter, M. Puchalska-Wasyl (red.). *Polifonia osobowości. Aktualne problemy psychologii narracyjnej* (s. 279-306). Lublin: Wydawnictwo KUL.