

Poszukiwanie znaczenia cielesności i ja cielesnego

Beata Mirucka¹

Katedra Psychologii, Wydział Pedagogiki i Psychologii
Uniwersytet w Białymstoku

RECOGNIZING THE SIGNIFICANCE OF EMBODIMENT AND THE BODY SELF

Abstract. This article presents some important ways of exploring the problem of body. It shows the ontological perspective of relationships between the body and the mind, where the body is an essential element of self structure, a subsystem of a larger entity. The paper also highlights the issues of body image as a compact and cohesive system of different mental representations that points toward the epistemological perspective of the body phenomenon. Using critical analyses of elaborated approaches to the problem of the body, I propose a new way of defining the concept of body self. The body self is defined as the way of experiencing oneself altogether with one's sexuality in one's own body and as the sum of concrete body experiences – conscious and unconscious – which are mirrored in the body image each person possesses.

Zagadnienia ciała i cielesności zaczęły cieszyć się zainteresowaniem przedstawicieli różnych dziedzin nauki. Nie tylko filozofowie (np. Gil, Johnson, Lakoff, Churchland), ale – co niezwykle intrygujące – również neurologicy (np. Damasio) i neurofizjolodzy (np. Humphrey, Rosenfield) tworzą koncepcje na temat ciała stanowiącego podstawę Ja. Nawiązują do idei m.in.: Kanta, Nietzschego, Freuda, Merleau-Ponty'ego, które wzbogacają naukowymi dowodami na istnienie powiązań między świadomością i reprezentacją ciała czy między poznaniem, procesami pamięciowymi a ciałem. Pojęcie Ja i „obrazu (reprezentacji) ciała” jest również szeroko wykorzystywane w immunologii i psychologii. Neuropsycholodzy (np. Melzack, Ramachandran) zaś próbują wyjaśniać, dlaczego wiele dzieci doświadcza tzw. poczucia „fantomów” kończyn, których nigdy nie miało. Psycholodzy kliniczni dość zgodnie twierdzą, że sposób doświadczenia ciała zwiastuje nieprawidłowe wzorce jedzenia oraz pozwala przewidzieć intensywność symptomów w bulimii i anoreksji psychicznej. Pojęcie „obrazu ciała” zaczyna funkcjonować na różnych poziomach znaczeniowych: począwszy od prostego zjawiska zmysłowego (*body image*), po złożoną strukturę osobowości (*body self*), konfrontując badaczy z ontologicznymi i epistemologicznymi problemami ciała i cielesności.

ONTOLOGICZNA PERSPEKTYWA CIELESNOŚCI

Problematyka ciała, cielesności długo nie znajdowała w psychologii należnego miejsca i zainteresowania. Główny akcent kładziony był na psychikę, osobowość, jaźń itp., ujmowane w wyraźnej izolacji od ciała, tak jakby człowiek nie stanowił jedności psychofizycznej, ale przeciwnie – był podzielną sumą dwóch składników: ciała zbudowanego z komórek i organów (przedmiotu zainteresowania i penetracji nauk medycznych) oraz umysłu złożonego – w zależności od różnych koncepcji – ze świadomości, nieświadomości, jaźni, *ego* itp. (przedmiotu badawczego nauk humanistycznych, głównie psychologii). Przyczyn takiego traktowania człowieka należy szukać w filozofii Kartezjańskiej, a następnie w dziewiętnastowiecznym paradygmacie nauki, w którym model świata zbudowany został z części i fragmentów, badanych niezależnie od całości. Na gruncie psychologii jedną z pierwszych i najbardziej wyraźnych prób wprowadzenia redukcjonizmu była koncepcja Wundta, gdzie psychika została rozbita na atomy – elementarne cząstki, tj. wrażenia, uczucia, wyobrażenia itp. (Hall, Lindzey, 1994).

Dzieje myśli psychologicznej ujawniają wyraźny wpływ tych pierwszych rozwiązań pochodzących z brytyjskiego asocjacionizmu, a następnie usilne zmagania się z przewyciężeniem dualizmu i redukcjonizmu. Konkretną propozycją – próbą połączenia psychiki i ciała oraz traktowania organizmu jako jednolitej, zorganizowanej całości – jest stanowisko organicystyczne lub holistyczne, reprezentowane m.in. przez Goldsteina, Angyala, Masłowa i Rogersa. Bardzo ściśle związany jest z tym stanowiskiem ruch zwany psychologią postaci, zainicjowany przez Wertheimera, Koffkę i Kohlera (por. Hall, Lindzey, 1994). W tych podejściach, jak i w filozofii egzystencjalnej, swoje korzenie odnajduje również terapia Gestalt (Perls, 1969; 1981). Odwołując się do teorii pola Lewina, kładzie ona nacisk na jedność układu figura-tło, by w ten sposób poradzić sobie

¹Adres do korespondencji: Katedra Psychologii, Wydział Psychologii i Pedagogiki Uniwersytetu w Białymstoku, ul. Świerokowa 20, 15-328 Białystok.

BEATA MIRUCKA

z odbudowaniem wizji człowieka, w której ciało (cielesność) nie zostaje pominięte, ale przeciwnie – w samej swej istocie stanowi część Ja, wiąże się w znaczący sposób z życiem emocjonalnym, z wiodącymi tematami życiowymi oraz stanowi fizyczny fundament egzystencji człowieka w świecie (Kepner, 1991).

Zdumiewające wyniki prowadzonych w ostatnich latach badań neurologicznych rysują nową perspektywę wyjaśniania nerwowego podłoża świadomości, która pojawia się jako wiedza, że (1) organizm wchodzi w relację z pewnym obiektem i że (2) obiekt ten powoduje określoną zmianę w organizmie. W tej relacji organizmem nie jest tylko mózg, ale cała istota żyjąca – nasze ciało (Damasio, 1999; Damasio, 2000). „Reprezentacja organizmu zawarta w jego własnym mózgu jest prawdopodobnie biologicznym prekursorem tego, co w ostatecznym rozrachunku staje się owym ulotnym poczuciem Ja” (Damasio, 2000, s. 31). Przy czym model ciała – osadzony w systemie somatosensorycznym, złożonym z kombinacji różnych podsystemów, z których każdy przekazuje do mózgu sygnały dotyczące rozlicznych aspektów jego stanu i funkcjonowania – nie przypomina w niczym sztywnego homunkulusa. Koncepcja małej istoty zawartej w większej, którą przez dziesiątki lat posiłkowano się w labiryntach zagadnień ludzkiej świadomości, została zdecydowanie odrzucona na rzecz integracji organizmu, obiektu i relacji między nimi (Damasio, 2000). Przypomina to podejmowane w ramach kierunków psychodynamicznych próby wyjaśniania procesów kształtowania się spójnego poczucia Ja, którego wstępnym i nieodzownym etapem jest formowanie się i rozwój ja cielesnego (Krueger, 1989).

Cielesność jako element struktury Ja

Podejścia, które wiążą doświadczenie własnej cielesności z formowaniem się osobowości i tożsamości, traktują cielesność jako istotny element struktury Ja. Źródła takiego ujmowania problematyki cielesności można odnaleźć już w koncepcji Williama Jamesa. Wprowadził on bowiem rozróżnienie na dwie formy doświadczenia Ja. Pierwsze zostało określone jako poznające Ja (*the knowing self, the I*), drugie zaś – jako poznawane Ja (*the Me, Ja empiryczne*). Podstawową funkcją Ja (*the I*) jest organizacja i interpretacja doświadczeń. Jednostka staje się świadoma swojego Ja dzięki ciągłości, zróżnicowaniu i poczuciu własnej tożsamości. Ja empiryczne zaś określane jest przez doświadczenie, które jednostka wyodrębnia ze swojej świadomości. Obejmuje ono wszystkie te doświadczenia, które związane są z właściwościami fizycznymi, ciałem oraz rzeczami należącymi do niej (ja materialne), z rolami społecznymi (ja społeczne) i z osobistymi właściwościami psychicznymi (ja duchowe) (por. Gasiul, 1993).

Do zaproponowanego przez Jamesa rozumienia i podziału Ja nawiązuje wiele koncepcji, między innymi teoria osobowości Allporta. Opisując osobowość, Allport rezygnuje z pojęć jaźń, *ego*, Ja na rzecz pojęcia *proprium*, które obejmuje wszystkie aspekty osobowości współtworzące jej wewnętrzną jedność. *Proprium* dysponuje różnymi funkcjami. Pierwszą i podstawową jego funkcją jest poczucie własnego ciała, tzw. ja cielesne. Tworzy je strumień doznań płynących z wnętrza organizmu (m.in. trzewi, mięśni, ścięgien, stawów i innych okolic ciała). Wrażenia cielesne zwykle odbierane są niedokładnie i mgliście. Ich świadomość wzrasta w sytuacji wysiłku fizycznego, zmysłowej przyjemności lub bólu. Poczucie własnego ciała gwarantuje odczucie odrębności własnego ciała oraz świadomość jego funkcji. Jak twierdzi Allport, jest kotwicą samoświadomości, rdzeniem, wokół którego kształtuje się osobowość (Allport, 1988).

Freud (1927), chociaż nie poświęcał w psychoanalizie zbyt wiele uwagi zagadnieniom ciała i cielesności, wyodrębnił *body ego* (cielesne *ego*), którą uznał za rdzenny komponent osobowości (*a core component of personality*). Kontynuacją i rozwinięciem jego poglądów są liczne koncepcje psychodynamiczne (m.in. koncepcja Winnicotta, Kohuta, Mahler, Sterna) akcentujące rolę cielesności, wrażeń cielesnych w rozwoju osobowości i w wyłanianiu się podstawowych aspektów Ja. Zgodnie z nimi, pierwszą rzeczywistością człowieka jest rzeczywistość ciała, którą dziecko testuje na drodze sensoryczno-motorycznej aktywności. Innymi słowy, wszystko to, co zostało zwłaszcza dotknięte i posmakowane, staje się realne, zaczyna istnieć w otoczeniu dziecka. Ciało pełni funkcję podstawowego instrumentu odbierania i organizowania świata. Podczas rozwoju, do niego – jako stałego punktu odniesienia – osoba wciąż powraca. Znaczące doświadczenia emocjonalne zawsze związane są z reprezentacjami obiektów i wydarzeń, które dotyczą ciała – jego struktury, części i funkcji. Dlatego na przykład matka w pierwszych miesiącach życia dziecka doświadczana jest jako przedłużenie jego ciała, funkcji i potrzeb. W jej twarzy dziecko widzi siebie. Dzięki jej empatycznej reakcji przeżywa pierwsze swoje wewnętrzne stany (Krueger, 1989).

Synchronia interakcyjna między matką i dzieckiem staje się również warunkiem fundamentalnego poczucia sprawstwa i efektywności, które jest niezbędne w kształtowaniu się poczucia własnej kompetencji. Pierwotne zlanie się dziecka z matką, m.in. ze względu na brak świadomości granic własnego ciała, stopniowo przechodzi do etapu wyłaniania się dziecka jako odrębnego bytu. Staje się ono coraz bardziej świadome siebie i matki, chociaż wciąż jeszcze to rozróżnienie ja i matka oraz podstawowe granice ciała nie są jasne i stałe. Świadczą o tym podejmowane przez dziecko próby odbudowy utraconej jedności z matką, wyrażające się w iluzyjnej rzeczywistości obiektu przejściowego. Może nim być jedzenie, kciuk, pluszowa zabawka itp. Obiekt przejściowy staje się pierwszym symbolem, który służy do odbudowy utraconego obiektu. Jednocześnie jego rola polega na

POSZUKIWANIE ZNACZENIA CIELESNOŚCI I JA CIELESNEGO

symbolizowaniu pierwotnej jedności z matką, opartej przede wszystkim na fuzji cielesnej (Winnicott, 1951). Wraz z procesem symbolizacji uwidocznionym w użyciu obiektów przejściowych rozwija się świadomość ciała. Pierwsza świadomość jest właśnie świadomością ciała, tak jak pierwszy symbol jest symbolem ciała – jedności między matką i dzieckiem (Krueger, 1989).

Rozwijające się w ten sposób doświadczenie ja cielesnego zaczyna być reprezentowane w postaci obrazu ciała (*body image*). Staje się pierwszą świadomością, która kształtuje się dzięki empatycznej obecności matki, a dalej – formowaniu się dynamicznych obrazów, skoncentrowanych na doświadczeniach ciała pozostającego w relacji z fizycznym otoczeniem. Ja cielesne i obraz ciała są rozwijającymi się procesami, które leżą u podstaw wszelkich zmian związanych z dojrzewaniem organizmu, zapewniając poczucie spójności i ciągłości cielesnej, analogicznej do tożsamości wyrażającej się m.in. w ja psychologicznym (Krueger, 1989).

Podsumowując, ja cielesne pojawia się jako pierwszy podsystem Ja, umożliwiając jednostce doświadczenie swojej odrębności fizycznej, spójności i tożsamości. Do momentu ukształtowania się ja cielesnego dziecko nie jest w stanie dokonać zróżnicowania na Ja i nie-Ja, tzn. granica między dzieckiem a matką w zasadzie nie istnieje. Dopiero wyodrębnione ja cielesne umożliwia spostrzeganie i przeżywanie siebie jako odrębnego i spójnego bytu fizycznego. Ten pierwszy aspekt osobowości dostarcza również jednostce poczucia bycia autorem swoich działań („ja działałem”). Jednocześnie ja cielesne warunkuje świadomość przeżywanych emocji, tzn. tego, że należą one do własnej osoby (Rosenham, Seligman, 1994). Stopniowo rozwój Ja wyłania się jako proces kształtowania i integrowania się ja cielesnego z ja psychicznym. Podstawą poczucia Ja jest ciało i jego reprezentacje umysłowe (obraz ciała), które formują się w oparciu o wielomodalne wrażenia płynące z powierzchni ciała i jego wnętrza (Krueger, 1989). Rola wczesnych doświadczeń związanych z własnym ciałem w budowaniu tożsamości wyraźnie zaznacza się również w koncepcji Eriksona (2000). Traktuje on je jako podstawę kształtowania się postaw względem otoczenia, jak również jako istotny czynnik określający tożsamość własnej płci.

Psychologia Gestalt, a szczególnie terapia Gestalt, prezentuje tzw. głębokie podejście do zjawisk cielesnych, traktując ciało jako istotny aspekt Ja, a człowieka jako całość. W tym podejściu „człowiek to zintegrowane funkcjonowanie różnorodnych aspektów całości w czasie i przestrzeni” (Kepner, 1991, s. 54). Dlatego też dostrzeganie problemu tylko w jakiejś jednej części jest sztucznym dzieleniem tego, co rzeczywiście stanowi jedność. To podejście integracyjne próbuje traktować każdy proces (np. konflikt, problem życiowy, objaw fizyczny) jako część większej całości zawierającej w sobie aspekty somatyczne i psychiczne. Każdy problem psychologiczny (np. uraz psychiczny) jest częścią większej figury, w której mieści się również fizyczna ekspresja (wzorec napięcia mięśniowego, oddychania itp.). I odwrotnie – każdy problem somatyczny (np. chroniczne napięcie) jest przejawem większej całości zawierającej w sobie problem psychologiczny i stanowi jego częściową ekspresję (Kepner, 1991).

Procesy psychologiczne i fizyczne postrzegane są jako różne aspekty tej samej całości, jaką jest organizm. Zgodnie z założeniami terapii Gestalt, Ja jest w równym stopniu ja cielesnym, co i ja myślącym, tzn. ma zarówno naturę fizyczną, jak i psychiczną. Ja nie jest rzeczą ani statyczną strukturą, nie jest również utrwalonym zespołem cech. Jest natomiast płynnym procesem, systemem kontaktowania się i relacji ze środowiskiem, czynnikiem integrującym nowe doświadczenia. Możliwości i jakości Ja u zdrowej osoby są elastyczne, zmieniają się w zależności od wymagań środowiska i organizmu, a ujawniają się podczas konkretnego działania (Kepner, 1991).

Według terapii Gestalt, doświadczenie ciała (proces ciała) jest doświadczeniem Ja, ponieważ istnieje spójność między odczuwaniem siebie a odbieraniem sygnałów z ciała. Proces ciała stanowi ogólne tło, na którym wyłania się figura – pewne silniejsze wrażenia, przeżycia skupiające uwagę podmiotu. Doświadczenie ciała uznawane jest za absolutną podstawę wszelkich doświadczeń ludzkich. Właśnie dlatego doznania cielesne znajdują swoje odniesienie nawet do najgłębszych problemów Ja, m.in.: zaburzeń tożsamości, konfliktów emocjonalnych czy też poczucia wewnętrznej fragmentacji (Kepner, 1991).

Przedstawione powyżej różne sposoby ujmowania zagadnienia cielesności człowieka ujawniają próby zmagania się z błędem dualizmu ciała i psychiki. Wszystkie ze wspomnianych stanowisk, chociaż poruszają inne, istotne aspekty problemu, starają się czynić to w perspektywie ontologicznej. Według nich, ciało, współtworząc człowieka, uczestniczy również w kształtowaniu się jego osobowości. Wydaje się, że połączenie ich razem w możliwie spójną całość przybliży coraz bardziej do zrozumienia fenomenu cielesności i ja cielesnego.

Zaburzenie ja cielesnego

Konsekwencją nieobecności w przeżyciach podmiotu ontologicznej jedności staje się specyficzna, skrajnie zaburzona postawa wobec własnego ciała, tzn. traktowanie ciała jako przedmiotu (niechcianego, odrzucanego obiektu) i jednocześnie utożsamianie siebie wyłącznie z umysłem. Doświadczenie siebie przestaje ogniskować się wokół poczucia spójnej, niepodzielnej jedności psychosomatycznej, ale staje się doświadczeniem siebie jako rozszczerzonego organizmu: na ja myślące (przejawiające się w ekspresji werbalnej) i „ono” – ciała (czujące i wyrażające się w ekspresji niewerbalnej).

BEATA MIRUCKA

Przedstawiciele terapii Gestalt definiują owo doświadczenie braku ontologicznej jedności ciała i umysłu w kategoriach odrzucenia ciała. Ich zdaniem, nieprawidłowo uformowane, zaburzone ja cielesne stanowi główną przyczynę nieutożsamiania doznań płynących z ciała z własnym Ja. Przyjmują i analizują różne poziomy odrzucenia ciała (różne poziomy patologii) – począwszy od zaburzeń w jego odczuwaniu, do całkowitego braku z nim kontaktu, kiedy podmiot funkcjonuje jak bezcielesne Ja. Stopień odrzucenia ciała nie pozostaje bez znaczenia dla poziomu organizacji i funkcjonowania osobowości. Na przykład skrajne wyobcowanie ciała, całkowite zerwanie z nim kontaktu ma miejsce w psychozie. Schizofrenicy traktują swoje ciało jak maszynę. Budzi ono w nich odrazę i agresję (Kępiński, 1981). Psychotyczna formacja osobowości jest ostatnim punktem na kontinuum stopnia utożsamienia się z ciałem. Jego początek wyznacza tzw. materializm somatyczny, charakteryzujący się maksymalną koncentracją na rzeczywistości fizycznej, w której ciało stanowi największą wartość. Pomiedzy tymi dwoma skrajnymi pozycjami na kontinuum lokuje się m.in. anoreksja i bulimia psychiczna. W ich przypadku stopień odrzucenia ciała jest znaczący, co wyraża się m.in. osłabioną lub nieprawidłową jego percepcją. Na poziomie funkcjonowania osobowości mogą pojawiać się zakłócenia w postaci depersonalizacji. Ważny element ja cielesnego przestaje istnieć w świadomości, dając poczucie fragmentacji i okresowych załamań, gdy osoba usiłuje osiągnąć jedność. Prawidłowy, tzn. normalny stopień utożsamienia ciała z Ja, uwidacznia się w świadomości swojego Ja. Ważne doznania somatyczne oraz zachowania angażujące przeżycia cielesne odnoszone są i identyfikowane z poczuciem zintegrowanego Ja (Kepner, 1991). Stopień wyparcia doświadczenia ciała w istotny sposób wiąże się z zaburzeniami w kontakcie z rzeczywistością. Silnie zaburzone funkcje kontaktu prowadzą do zawężenia możliwości różnych zachowań wobec środowiska. Ograniczają doświadczenie podmiotu, a w konsekwencji czynią go sztywnym i skrupowanym. Do najczęściej wypieranych aspektów ja cielesnego należą: ja czujące, ja, które porusza się, ja, które cierpi oraz ja seksualne. Z racji tego, że wypierane aspekty ja cielesnego mają silny komponent fizyczny lub same w sobie są procesem fizycznym, następuje utożsamienie ciała z nieuznawanymi, odrzucanymi aspektami Ja, skutkiem czego dochodzi do całkowitego rozbicia Ja i ciała, zerwania kontaktu z ciałem (Kepner, 1991). Stan silnego braku identyfikacji z ciałem bardzo obrazowo i zbieżnie z terapią Gestalt opisuje Laing (1995), posługując się pojęciem niewcielonego Ja w odróżnieniu od Ja wcielonego.

W sytuacji doświadczenia braku ontologicznej jedności świadomość wyposażenia w ciało opiera się bardziej na zdrowym rozsądku („każdy posiada ciało – więc ja również”) niż na doświadczeniu swojej cielesności. Rezultatem stają się ograniczone umiejętności dokładnego opisywania siebie i swoich uczuć, jak również tendencja do omawiania detali swoich symptomów jako substytutów uczuć i wewnętrznych stanów. Dodatkowo, osoby z zaburzonym ja cielesnym odznaczają się zahamowaną wyobraźnią i obniżonym poziomem symbolizowania obiektów (Krueger, 1989). Ich wewnętrzny system regulacji jest nieadekwatny w tak dużym stopniu, że nie potrafią one prawidłowo rozpoznawać podstawowych wrażeń cielesnych. Najczęściej są zakłopotane i wstydzą się z powodu swojego ciała. Doprowadzają siebie do wycieńczenia fizycznego, bo wierzą, że w ten sposób ochronią swoją psychikę (ja psychiczne) (por. Mirucka, 1996). Doświadczają siebie i swoje ciało raczej jako oddzielne byty niż jako psychosomatyczną całość (Sachsteder, 1989 – za: Zerbe, 1993).

Brak spójnego ja cielesnego stoi na przeszkodzie w osiągnięciu odpowiedniego poziomu obiektywizowania i symbolizowania swojego ciała, do ukształtowania się względnie stałej, spójnej i zorganizowanej reprezentacji poznawczej własnego ciała, tzw. rdzennego obrazu ciała (*a core body image*). W prawidłowym rozwoju ciało jest zintegrowane z Ja (ja cielesne) w taki sposób, że nie może pełnić funkcji obiektu przejściowego (tzn. przedmiotu, który ma reprezentować matkę i związki z nią) (Winnicott, 1951). Jedynie w przypadku psychopatologii, wyrażającej się rozbiciem jedności między ja cielesnym i ja psychicznym, ciało może być użyte jako obiekt przejściowy. Postrzegane jest w kategoriach niezintegrowanej części otoczenia, której należy stale przeciwstawiać się i z którą należy walczyć (Sugarman, Kurash, 1992).

Trudno przecenić znaczenie prawidłowego rozwoju ja cielesnego dla kształtowania się zintegrowanego Ja. Zaburzenia w obrębie tego podsystemu Ja rzutują na sposób organizacji i funkcjonowania całej osobowości. Determinują przede wszystkim doświadczenie siebie i swojego ciała raczej jako oddzielnych bytów niż psychosomatycznej całości. Najprawdopodobniej dlatego osoby o zaburzonym ja cielesnym (np. chorzy na bulimię, anoreksję, schizofrenicy) bardzo często sprawiają wrażenie ograniczonych i obciążanych swoją cielesnością. Uwięzione w kręgu samoderstruktywnych działań, ulegają złowrogiej iluzji, że ich wolność i niezależność od osób znaczących – ich przestrzeń psychologiczna – leży tuż za granicą własnego ciała. W ciągłej walce ze sobą usilnie starają się przekroczyć tę granicę, by w ten sposób poradzić sobie z brakiem poczucia ontologicznej jedności ciała i umysłu.

EPISTEMOLOGICZNA PERSPEKTYWA CIAŁA

Ja cielesne stanowi podstawę świadomości własnej ciągłości, trwałości oraz niepowtarzalności materialnej. Jest

POSZUKIWANIE ZNACZENIA CIELESNOŚCI I JA CIELESNEGO

zbiorem konkretnych doświadczeń cielesnych: świadomych lub nieświadomych, obejmujących powierzchnię i wnętrze organizmu oraz jego relację z otoczeniem. Doświadczenia te są zorganizowane w zwarty i spójny system różnych reprezentacji umysłowych, składających się na zjawisko zwane obrazem ciała ze wzrastającą jasnością jego granic i zawartości (Krueger, 1989). Reprezentacja ja cielesnego, ukształtowana w postaci obrazu ciała, jest zatem kompleksem cielesnych i emocjonalnych obrazów zogniskowanych wokół doświadczeń ciała. Jego natura wyznacza epistemologiczną płaszczyznę penetrowania i zgłębiania fenomenu ciała i cielesności. Samo pojęcie „obraz ciała” (*body image*) pojawiło się wraz z zaburzeniami neurologicznymi, których wyjaśnienie wymagało odwołania się do umysłowej reprezentacji ciała (schematu ciała). W XVII wieku Ambroise Pare jako pierwszy opisał zjawisko bólu fantomowego, występujące u pacjentów z amputowaną kończyną w postaci iluzyjnego uczucia o kontynuowanej obecności utraconej części ciała (Touyz, Beumont, 1987). Obok intrygujących zaburzeń neurologicznych kontekst dla rozwoju „obrazu ciała” tworzyły również zaburzenia psychiatryczne, zjawiska hipnotyczne, efekty deprywacji sensorycznej, działanie leków, stresu i zmęczenia. Wszystkie wiązały się ze znaczącymi zmianami w doświadczaniu swojego ciała. Do lat dwudziestych XX wieku prace nad obrazem ciała były jednak ograniczone do badania zaburzonej percepcji ciała spowodowanej przez uszkodzenia mózgu. Dopiero Paul Schilder spojrzął na doświadczenia cielesne z psychologicznej i socjologicznej perspektywy. Określił obraz ciała jako zjawisko psychologiczne, które pozostaje pod znaczącym wpływem czynników społecznych (Grogan, 1999).

W ostatnich latach literatura dotycząca pojęcia „obrazu ciała” pozostawała pod dużym wpływem zagadnień klinicznych, grupujących się w trzech głównych dziedzinach. Pierwsza z nich – najbardziej wpływowa – koncentruje się na specyficznych zaburzeniach neurologicznych, w których pacjent prezentuje błędną percepcję swojego ciała (np. w syndromie zaniedbywania). Druga dziedzina dotyczy zaburzeń obrazu ciała obserwowanych u osób z zaburzeniami odżywiania się. Ponieważ wśród kryteriów diagnostycznych anoreksji czy bulimii psychicznej na pierwszym miejscu znalazły się zaburzenia obrazu ciała (APA, 1994), w tym właśnie obszarze badawczym wykonano najwięcej prac empirycznych. Ostatnia – trzecia dziedzina kliniczna odnosi się do wysoce specyficznych problemów obrazu ciała, jakimi są zaburzenia dysmorficzne (Slade, 1994).

Konsekwencją połączenia problemów obrazu ciała wywodzących się z różnych dziedzin klinicznych, a zwłaszcza zaburzeń neurologicznych, stało się zaakcentowanie jego wymiaru percepcyjnego (Slade, 1994). W efekcie w pracach empirycznych nad obrazem ciała zaczęły dominować takie zagadnienia, jak: percepcja rozmiarów i granic ciała, percepcja własnej fizycznej atrakcyjności czy adekwatność odczytywania wrażeń cielesnych (Fisher, 1990 – za: Grogan, 1999). Przeprowadzane badania, w zależności od rodzaju użytych metod, dostarczały coraz większą ilość sprzecznych ze sobą wyników, które intrygowały, ale nade wszystko podważały zaufanie odnośnie do trafności samego pojęcia.

Potraktowanie obrazu ciała jako prostego zjawiska percepcyjnego okazało się zatem zbyt prostym i niebezpiecznym uproszczeniem, które zahamowało na długi okres czasu postęp w badaniach nad tym fenomenem. Wyraźnie zmalała ilość empirycznych i teoretycznych prób podejmowanych w celu udoskonalenia pojęcia „obraz ciała” lub też rozwinięcia jego bardziej trafnych alternatyw (Lautenbacher i in., 1993). Stopniowo narastający problem „obrazu ciała” osiągnął swój punkt kulminacyjny w artykule Hsu i Sobkiewicza z 1991 roku (*Body image disturbance: time to abandon the concept for eating disorders*). Autorzy zdecydowanie opowiedzieli się w nim za odrzuceniem nieprzydatnego pojęcia, które nie spełniło swojej roli w zrozumieniu i wyjaśnieniu psychopatologii. Poglębiający się kryzys „obrazu ciała” ujawnił potrzebę wypracowania nowego paradygmatu oraz bardziej ostrożnej analizy umysłowej reprezentacji ja cielesnego (Smeets, 1997).

Natura obrazu ciała

Rozumienie i sposób definiowania pojęcia „obraz ciała” wyznacza poziom eksploracji zjawiska oraz decyduje o rodzaju stosowanych metod badawczych. Punktem wyjścia jest definicja Schildera z 1935 roku, która z biegiem czasu była modyfikowana i rozbudowywana. Zgodnie z nią, przez obraz ciała rozumie się „obraz naszego własnego ciała, który kreujemy w naszym umyśle i który jest sposobem, w jaki ciało objawia się nam samym” (Smeets, 1997, s. 75). Powyższa definicja nadmiernie koncentruje uwagę badaczy na percepcyjnym wizerunku ciała, jaki tworzy sobie dana osoba w bezpośrednim z nim kontakcie, z jednoczesnym pominięciem, czy też pozostawieniem w dalekim tle, aspektów osobistego odniesienia do ciała (postawy względem ciała).

Operacjonalizację tak rozumianego pojęcia stanowią metody, które mierzą wizualną percepcję rozmiarów ciała, ujawniając sposoby postrzegania go przez jednostkę. Innymi słowy, celem stosowanych metod jest odkrycie tego, co osoba widzi, kiedy patrzy na siebie w lustro. Metody te zostały uporządkowane w dwóch grupach.

W pierwszej znalazły się wszystkie te, które zostały oparte na ocenie wielkości, rozmiarów poszczególnych części ciała (*Body Part Methods*), w drugiej – dotyczące szacowania wielkości, rozmiaru ciała jako całości (*Whole Body Methods*) (Cash, Deagle, 1997).

Ponieważ sama ocena rozmiarów ciała nie wyczerpuje zagadnienia obrazu ciała, w ostatnich latach uzupełniono ją pomiarem postawy wobec niego (Slade, 1994; Slade, Brodie, 1994). Dlatego też kolejna definicja obrazu ciała

BEATA MIRUCKA

jest już wyraźnym rozszerzeniem definicji Schildera. Według niej, obraz ciała to „obraz, który mamy w swoim umyśle, dotyczący rozmiarów, kształtu i formy naszego ciała oraz naszych uczuć skierowanych do właściwości i składowych części naszego ciała” (Slade, 1994, s. 497). Składa się on z dwóch komponentów: percepcyjnego i emocjonalnego, które leżą u podstaw rozróżnienia między takimi terminami, jak *body percept* i *body concept* (Slade, Brodie, 1994; Thompson, 1990).

Zainteresowanie „nowym” wymiarem obrazu ciała skierowało badania na zagadnienia postawy względem ciała. Obok problemu „widzenia” ciała istotny stał się również problem „czucia” go. Konsekwentnie, ujęcia zaburzeń obrazu ciała zaczęły koncentrować się już nie tylko na zgodności oceny wymiarów ciała i całej sylwetki z rzeczywistością, lecz przede wszystkim na zaburzeniach w sposobie doświadczania ciężaru i rozmiaru swojego ciała oraz nadmiernym wpływie jego kształtu i wagi na obraz siebie i ocenę własnej wartości. Zmiana ta najbardziej stała się widoczna w przeformułowanych kryteriach diagnostycznych zaburzeń odżywiania się w DSM III-R i DSM IV (APA, 1987; APA, 1994).

Pomimo rozszerzenia definicji, aspekt osobistego odniesienia do ciała (*attitudinal body image*) nadal często nie jest traktowany w sposób wielowymiarowy, tzn. z uwzględnieniem behawioralnych, emocjonalnych i intelektualnych komponentów postawy. Redukowany zostaje przez większość badaczy do zagadnienia satysfakcji ze swojego ciała, mierzonej za pomocą kwestionariuszy lub ustrukturalizowanych wywiadów. Postawa wobec własnego ciała jest jednak w tych narzędziach traktowana bardzo powierzchownie. Dotyczy w szczególności takich aspektów obrazu ciała, jak waga i kształt, pomijając przy tym podstawowy problem, jakim jest nadmierne zatroskanie wyglądem fizycznym w znaczeniu generalnym. Najprawdopodobniej, właśnie ze względu na małą trafność tych metod badawczych, nie różnicują one na przykład osób z zaburzeniami odżywiania się i z grupy kontrolnej (Rosen i in., 1995).

Propozycją wieloaspektowego rozumienia zjawiska obrazu ciała jest model Slade'a (1994). Zgodnie z nim, obraz ciała definiowany jest jako luźna, umysłowa reprezentacja ciała, której rozwój i sposób manifestowania się pozostaje pod wpływem wielu czynników, m.in. historycznych, kulturowych, społecznych, indywidualnych i biologicznych. Wśród nich Slade wyróżnia siedem zasadniczych grup. Pierwsza dotyczy sensorycznych doświadczeń, będących udziałem jednostki na przestrzeni jej całego życia. Stanowi je przede wszystkim: wzrokowa, kinestetyczna i innych modalności percepcja formy, rozmiaru, kształtu i wyglądu ciała. Ze względu na nieustanne zmiany dokonujące się w organizmie, doświadczenia sensoryczne ulegają stałej transformacji w ciągu życia, kształtując ogólną mentalną reprezentację ciała. Z pierwszą grupą czynników wiąże się nieodłącznie druga, określana przez fluktuację wagi ciała. Kobiety z anoreksją i bulimią psychiczną są przykładem wyraźnego wpływu wahań w ramach ciężaru ciała na kształtowanie się u nich nadmiernie luźnego obrazu ciała (Slade, 1994).

Trzecia grupa czynników obejmuje normy kulturowe i społeczne, oddziałujące na indywidualne postawy względem wagi i kształtu ciała (czwarta grupa). Kolejna grupa wskazuje na zmienne kognitywne i afektywne, których znaczenie ujawnia się m.in. w tzw. efekcie instrukcji werbalnej na ocenę adekwatności obrazu ciała. Na przykład kobiety z zaburzeniami odżywiania się prezentują istotnie większy stopień niepoprawności oceny własnych rozmiarów ciała w odpowiedzi na instrukcję „afektywną” („Jak czujesz, że wyglądasz?”) w porównaniu z instrukcją „kognitywną” („Jak myślisz, że wyglądasz?”). Innymi słowy, czują się grubsze, niż aktualnie oceniają siebie (Slade, 1994). Nie bez znaczenia na kształtowanie się obrazu ciała według Slade'a pozostaje również psychopatologia indywidualna (grupa szоста), która jest pod wpływem trzech wymienionych wcześniej grup czynników (norm kulturowych i społecznych, postaw indywidualnych wobec wagi i kształtu ciała oraz zmiennych kognitywnych i afektywnych). Ostatnią ważną grupę stanowią czynniki biologiczne. Na przykład niektóre badania ujawniły istnienie korelacji między zaburzeniem obrazu ciała a cyklem menstruacyjnym czy też przemianą metaboliczną (Slade, 1994).

Model Slade'a uwzględniający bogaty kontekst rozwojowy nie odpowiada jednak wyczerpująco na pytanie o naturę obrazu ciała. Omawia wiele istotnych dla jego kształtowania się czynników, które tylko pośrednio określają, czym jest samo zjawisko obrazu ciała jako luźnej reprezentacji umysłowej. Sposób operacjonalizacji tego pojęcia również pozostaje pod znakiem zapytania.

Próby wypracowania nowego paradygmatu w badaniach nad zjawiskiem obrazu ciała zaowocowały odejściem od jednoaspektowego, percepcyjnego wizerunku ciała w kierunku wielowymiarowego zjawiska. Przy stale towarzyszących trudnościach precyzyjnego określenia pojęcia obrazu ciała badacze przyjmują, że może być ono skategoryzowane jako miara cech percepcyjnych, kognitywnych i behawioralnych, składających się na postawę względem ciała (Rosen i in., 1995). W konstruowanych narzędziach badawczych coraz częściej uwzględniają pomiar stresującej samoświadomości własnego wyglądu zewnętrznego oraz przypisywania mu nadmiernej wagi w poczuciu wartości siebie. Dążą także do oceny częstotliwości i różnorodności zachowań prowadzących do uszkodzenia czy wręcz niszczenia obrazu ciała. W konsekwencji obraz ciała najprawdopodobniej bezpowrotnie przestał być traktowany jak coś w rodzaju migawkowego zdjęcia, a same ciało – jak oglądany przedmiot, w którym wymiary i kształt stanowią najważniejszą charakterystykę. Obecnie funkcjonuje w obszarze dociekań

POSZUKIWANIE ZNACZENIA CIELESNOŚCI I JA CIELESNEGO

naukowych w formie wysoce złożonej reprezentacji umysłowej, odzwierciedlającej wielowymiarowy sposób odnoszenia się do ciała. Uwzględnia behawioralny, emocjonalny i intelektualny komponent postawy, które kształtują się w bogatym kontekście czynników historycznych, kulturowych, społecznych, indywidualnych i biologicznych.

INTEGRACYJNE SPOJRZENIE NA PROBLEM CIELESNOŚCI

Przedstawione powyżej różne sposoby ujmowania zagadnienia ciała i cielesności człowieka ujawniają próby zmagania się z błędem dualizmu ciała i psychiki. Wszystkie ze wspomnianych stanowisk poruszają inne – istotne aspekty problemu. Wydaje się, że połączenie ich razem w możliwie spójną całość przybliży coraz bardziej do zrozumienia fenomenu cielesności, ja cielesnego i obrazu ciała.

Czym jest zatem cielesność? Jest ona przede wszystkim doświadczaniem przez podmiot siebie jako bytu psychofizycznego, tzn. również materialnego, ale nie dającego się sprowadzić jedynie do wymiaru materii – zespołu organów i związanych z nimi funkcji. Jedność psychofizyczna podmiotu sprawia, że nie poznaje on swojego ciała jako jednego z wielu materialnych przedmiotów istniejących w świecie. Dlatego też sprowadzenie cielesności do *body image* – wizualnego obrazu swojego ciała – jest nadmiernym uproszczeniem, w którym zagubiony zostaje fakt bycia przez dany podmiot również swoim ciałem. Nie oznacza to jednak, że cielesność nie może stać się obiektem poznania. Należy tylko uwzględnić, że obiekt, jakim jest ciało, ma niepowtarzalny i jedyny charakter, z racji tego, że poznający jest nieodłącznie zespolony z poznawanym obiektem (Chirpaz, 1998).

W koncepcji Jamesa podział na poznające ja i ja poznawane uwyrażnia ową zbieżność Ja i ciała, uwalniając tym samym cielesność podmiotu od czysto materialnego ujęcia.

Wprowadzone do wielu koncepcji osobowości pojęcie „ja cielesne” próbuje podkreślić współzależność Ja i ciała, akcentując, że nie stanowią one oddzielnych bytów, ale są aspektami tego samego podmiotu. Błędem byłoby również sprowadzenie ciała do podmiotu, tzn. postawienie między nimi znaku równości, ponieważ ciało ma swoje granice, a Ja przekracza swoją cielesność (ja duchowe). Aspektowość cielesności, a nie jej tożsamość z podmiotem, ujawnia się przede wszystkim w sytuacjach zaburzenia funkcjonowania organizmu, kiedy ciało staje jakby w opozycji do Ja, wymykając się Ja spod kontroli (np. w bólu, zmęczeniu itp.). Wciąż jednak – mimo oporu, jaki ciało stawia Ja – doświadczanie ciała w bólu, w zmęczeniu itp. jest doświadczaniem Ja ze względu na spójność między odbieraniem siebie i odbieraniem sygnałów z własnego ciała (Kepner, 1991).

Podążając za myślą m.in. Kohuta, Winnicotta, Sterna, Mahler, słuszne wydaje się uznanie ja cielesnego za jeden z wielu podsystemów Ja, które łącznie składają się na osobowość podmiotu. W tym ujęciu ja cielesne pełni rolę podstawowego podsystemu, kształtującego się już od samego początku rozwoju dziecka, umożliwiając mu włączenie się w świat i nawiązanie z nim relacji, a następnie doświadczanie siebie jako podmiotu sprawczego („ja działałam”) i przeżywającego emocje („ja czuję”). Ukształtowany w ten sposób podsystem Ja – ja cielesne zapewnia fundament dla własnej tożsamości, tzn. poczucie ciągłości, niepowtarzalności i integralności.

Najprawdopodobniej rozwój ja cielesnego jako podsystemu Ja może przebiegać na przestrzeni całego życia człowieka. Jednak szczególnie intensywny staje się on wtedy, gdy mają miejsce istotne zmiany w wyglądzie ciała i jego doświadczaniu. Jednym z dobitnych tego przykładów jest okres adolescencji. W dojrzewaniu ciało przybiera dorosłą sylwetkę, przeobrażając podmiot w męczyzną lub kobietę, wprowadzając go tym samym w sferę męskości lub kobiecości. Prowadzi to do dalszego, intensywnego rozwoju ja cielesnego oraz wzbogacenia go o nowe jakości doświadczania siebie (swojej płciowości), a tym samym nowe aspekty tożsamości (tożsamość płciową). Osiągnięcie dojrzałości płciowej dostarcza zatem człowiekowi – innej niż wcześniej – świadomości własnego ciała zdobywanej przez właściwy sobie rytm płciowy (Chirpaz, 1998).

Odmienione w procesie dojrzewania płciowego ja cielesne uwypukla coraz bardziej wymiar społecznego doświadczania własnej cielesności. W relacji z płcią przeciwną, zwłaszcza przybierającej charakter intymnego związku, cielesność kobiety i mężczyzny jest intensywniej doświadczana i uobecnianą. Również funkcjonowanie dojrzewającej dziewczyny czy chłopaka jako kobiety czy mężczyzny przebiega zgodnie z modelem, który tworzy określona grupa społeczna czy też który – co wydaje się bardziej prawdopodobne na początku XXI wieku – lansowany jest przez mass media. Tak więc ważny etap dookreślenia własnej cielesności, a tym samym kształtowania ja cielesnego, następuje w okresie wyposażenia podmiotu w kobiecość lub męskość.

Podsumowując, ja cielesne przede wszystkim integruje doświadczenia dotykowe, wizualne, mięśniowe itp. związane z ciałem. Pozwala na odczuwanie wszelkich procesów życiowych – począwszy od tych o charakterze czysto fizjologicznym, aż do tych, w których wiodący jest aspekt psychiczny. Stanowi podstawę świadomości własnej ciągłości, niepowtarzalności materialnej i cielesnej (tożsamość cielesna). Zapewnia również przeżywanie jedności między ciałem i Ja, a co się z tym wiąże – samoakceptację siebie jako bytu cielesnego oraz akceptację swojego ciała. Prawidłowo ukształtowane na przestrzeni życia ja cielesne gwarantuje jednostce doświadczanie siebie jako zintegrowanej całości, chroniąc ją jednocześnie przed patologicznym dążeniem do urzeczywistnienia

BEATA MIRUCKA

swojej egzystencji przez uwalnianie się od swojej cielesności (Chirpaz, 1998; Kepner, 1991; Laing, 1995). W prawidłowo funkcjonującej osobowości ja cielesne tworzy wraz z innymi podsystemami Ja zintegrowany system. Wysuwa się na plan pierwszy w systemie Ja tylko w sytuacjach wyjątkowych, na przykład w doświadczaniu bólu, przyjemności, pożądaniu itp., kiedy to cielesność stanowi dobrze wyodrębnioną figurę na tle innych doświadczeń Ja (Chirpaz, 1998; Kepner, 1991). Trwałe wydzielenie się ja cielesnego z systemu Ja ma charakter patologii, u której podstaw leży brak akceptacji swojej cielesności, a w skrajnych przypadkach zanegowanie jej i odrzucenie.

Ja cielesne może być rozpatrywane w aspekcie podmiotowym i przedmiotowym. Podmiotowy aspekt ja cielesnego dotyczy określonych funkcji Ja, takich jak postrzeganie ciała, dotykanie ciała, myślenie o ciele, czucie ciała, przeżywanie ciała, odbieranie wrażeń z ciała itp., czyli doświadczania siebie w swoim ciele wraz ze swoją płciowością. Aspekt przedmiotowy jest zaś efektem działania ja cielesnego, czyli zbiorem konkretnych doświadczeń cielesnych (świadomych lub nieświadomych), których trzonem jest tożsamość cielesna – poczucie trwałości, ciągłości, niepowtarzalności własnej cielesności. Doświadczenia te mogą odbijać się w obrazie swojego ciała, jaki każdy podmiot posiada. Niejednokrotnie jest on niezgodny z rzeczywistością, a w skrajnych przypadkach zdradza nawet znamiona patologii – nieharmonijnej, niespójnej czy wręcz rozbitej struktury osobowości.

*

Podjęta przeze mnie próba zgłębienia fenomenu ciała i cielesności na gruncie psychologii doprowadziła do definicji konstruktów teoretycznych, jakim jest ja cielesne. Zgodnie z nią, ja cielesne rozumiem jako sposób doświadczania siebie w swoim ciele wraz ze swoją płciowością (aspekt podmiotowy) oraz jako zbiór konkretnych doświadczeń cielesnych – świadomych i nieświadomych – które odbijają się w obrazie własnego ciała, jaki każdy podmiot posiada. Takie rozumienie ja cielesnego wyznacza sposoby jego operacjonalizacji, opartej głównie na analizie różnych kategorii doświadczeń siebie w swoim ciele, m.in. akceptacji własnej cielesności, poczucia integracji siebie z własnym ciałem czy też przeżywania własnej kobiecości lub męskości.

Wydaje się, że przedstawione pojęcia cielesności i ja cielesnego jednoczą rozdzielone niegdyś aspekty podmiotu – ciało i umysł – w niepodzielną całość. Pozwalają zatem na myślenie o człowieku – już nie tylko w kategoriach psychiki i jej funkcji, ale jako o istocie psychofizycznej, której ciało umożliwia bycie i funkcjonowanie w świecie.

BIBLIOGRAFIA

- Diagnostic and statistical manual of mental Disorders* (1987). Third Edition – Reverse. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Diagnostic and statistical manual of mental Disorders* (1994). Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Allport, G. W. (1988). *Osobowość i religia*. Warszawa: Pax.
- Cash, T. F., Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Chirpaz, F. (1998). *Ciało*. Warszawa: IFiS PAN.
- Damasio, A. R. (1999). *Błąd Kartezjusza. Emocje, rozum i ludzki mózg*. Poznań: Rebis.
- Damasio, A. R. (2000). *Tajemnica świadomości. Jak ciało i emocje współtworzą świadomość*. Poznań: Rebis.
- Erikson, E. H. (2000). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Rebis.
- Freud, Z. (1927). *The ego and the id*. London: Hogarth.
- Gasiul, H. (1993). *Oblicza „ja” w świetle wybranych koncepcji psychologicznych. Pojęcie, rozwój, patologia*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.
- Grogan, S. (1999). *Body image. Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. London: Poutledge.
- Hall, C. S., Lindzey, G. (1994). *Teorie osobowości*. Warszawa: PWN.
- Hsu, L. K., Sobkiewicz, T. A. (1991). Body image disturbance: Time to abandon the concept for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 15-39.
- Kepner, J. I. (1991). *Ciało w procesie psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Pusty Obłok.
- Kępiński, A. (1981). *Schizofrenia*. Warszawa: PZWL.
- Krueger, D. W. (1989). *Body self and psychological self. A developmental and clinical integration of disorders of the self*. New York: Brunner/Mazel.
- Laing, R. D. (1995). *Podzielone „Ja”*. Poznań: Rebis.
- Lautenbacher, S., Roscher, S., Strian, F., i in. (1993). Theoretical and empirical considerations on the relation between body image, body scheme and somatosensation. *Journal of Psychosomatic Research*, 5, 447-454.
- Mirucka, B. (1996). Zdobywanie przestrzeni psychologicznej przez odrzucenie ciała. Psychosomatyczne aspekty zaburzeń odżywiania się. *Test*, 4, 93-102.

POSZUKIWANIE ZNACZENIA CIELESNOŚCI I JA CIELESNEGO

- Perls, F. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette: Real People Press.
- Perls, F. (1981). Cztery wykłady. W: K. Jankowski (wybór), *Psychologia w działaniu* (s. 156-194). Warszawa: Czytelnik.
- Rosen, J. C., Reiter, J., Orosan, P. (1995). Assessment of body image in eating disorders with the body dysmorphic disorder examination. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 77-84.
- Rosenhan, D. L., Seligman, E. P. (1994). *Psychopatologia* (t. I). Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32, 5, 497-502.
- Slade, P. D., Brodie, D. (1994). Body-image distortion and eating disorders: A reconceptualization based on the recent literature. *Eating Disorder Review*, 2, 1, 32-46.
- Smeets, M. A. (1997). The rise and fall of body size estimation research in anorexia nervosa: A review and reconceptualization. *European Eating Disorders Review*, 5(2), 75-95.
- Sugarman, A., Kurash, C. (1992). The body as a transitional object in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 57-67.
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon.
- Touyz, S. W., Beumont, P. J. (1987). Body image and its disturbance. W: P. J. Beumont, R. Burrows, R. C. Casper (red.), *Handbook of eating disorders* (cz. I, s. 171-187). Elsevier Science Publishers B. V.
- Winnicott, D. (1951). Transitional object and transitional phenomena. W: D. Winnicott, *Collected papers*. New York: Basic Books.
- Zerbe, K. (1993). Whose body is it anyway? Understanding and treating psychosomatic aspects of eating disorders. *Bulletin of Menninger Clinic*, 2, 161-177.