

BEATA MIRUCKA

PRZEŻYWANIE WŁASNEGO CIAŁA PRZEZ KOBIETY Z BULIMIĄ PSYCHICZNĄ

Prezentowany artykuł jest próbą eksploracji struktury ja cielesnego kobiet z bulimią psychiczną. Przeprowadzone badania oparte zostały na holistycznym rozumieniu człowieka, w którym cielesność stanowi istotny element systemu Ja – fundament tożsamości i osobowości podmiotu. Według przyjętej definicji ja cielesne jest sposobem doświadczania siebie w swoim ciele wraz ze swoją płciowością (aspekt podmiotowy) oraz zbiorem konkretnych doświadczeń cielesnych – świadomych i nieświadomych – które odbijają się w obrazie ciała, jaki każdy podmiot posiada. Operacjonalizacją tak rozumianego pojęcia jest Kwestionariusz Ja Cielesnego, składający się z czterech skal – wymiarów ja cielesnego: (1) akceptacji cielesności, (2) przeżywania intymności z osobami płci przeciwnej, (3) eksponowania kobiecości oraz (4) stosunku do jedzenia i wagi ciała. Grupa 36 kobiet z bulimią psychiczną (zdiagnozowaną według DSM IV) w wieku 15-25 lat została przebadana tym kwestionariuszem. Uzyskane wyniki posłużyły do wydzielenia spośród nich trzech podgrup charakteryzujących się: głębokim (grupa A), umiarkowanym (grupa B) i nieznacznym zaburzeniem ja cielesnego.

Słowa kluczowe: ja cielesne, bulimia psychiczna.

I. WPROWADZENIE

Pojawienie się w 1979 r. bulimii jako nowej jednostki klinicznej, zostało uznane za jedno z najciekawszych wydarzeń w psychiatrii w ostatnich dziesięcioleciach (Beumont, 1988). Badaczy i klinicystów pochłonęły intrygujące symptomy: nadmierne, niepohamowane objadanie się, przeplatane zachowaniami

kompulsywnymi (głównie w postaci prowokowanych wymiotów), jak również nadmierna koncentracja na kształcie i wadze ciała, decydująca o samoocenie (por. APA, 1987; APA, 1994). Ten kolejny rodzaj zaburzeń odżywiania okazał się zjawiskiem wysoce złożonym, wyjaśnianym w oparciu o wieloczynnikowe modele etiologiczne, w których dominuje perspektywa: biologiczna, indywidualna, rodzinna, społeczna bądź też kulturowa. Zainteresowanie naukowe, uwidaczniające się w lawinowym wzroście liczby artykułów i monografii na ten temat, idzie w parze z coraz częstszym odnotowywaniem przypadków kobiet dotkniętych bulimią. Pomimo ogromnej liczby badań prowadzonych na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci, wiele pytań pozostaje bez jednoznacznej odpowiedzi. Szczególnym przykładem kwestii spornych staje się zagadnienie doświadczenia przez kobiety dotknięte bulimią psychiczną swojej cielesności (m.in.: zagadnienia ja cielesnego, obrazu ciała i jego zaburzeń). Wielość problemów pozostawionych bez jasnego rozwiązania sprawia, że bulimię określa się metaforycznie jako zaburzenie-zagadka (*puzzle disorder*, Kent, 1991, s. 396) lub intrygującą, zagadkową chorobę (*puzzling disease*, Ploog, 1988, s. 1).

Bulimię – podobnie jak anoreksję psychiczną – można uznać za spektakularny przykład zaburzeń w obszarze przeżywania własnego ciała. Kobiety cierpiące z powodu zaburzeń odżywiania się niejednokrotnie komunikują trudności w doświadczeniu siebie i swojego ciała w kategoriach zintegrowanego bytu psychofizycznego. Ich wypowiedzi odzwierciedlają dychotomiczność myślenia o sobie, a skrajnie negatywna postawa względem ciała wyraża się w różnych formach destrukcyjnych działań, zamkniętych w bulimicznym cyklu głodzenia, objadania i przeczyszczania się. W rezultacie doprowadzają siebie do wycieńczenia fizycznego, wierząc przy tym w możliwość ochrony – czy nawet ocalenia – swojej psychiki właśnie przez odrzucenie ciała (por. Mirucka, 1996).

Niekwestionowaną pionierką badań nad nieprawidłowościami obrazu ciała u osób z zaburzeniami odżywiania się była Hilda Bruch (1974). Koncentrowała swoją uwagę na złudnej percepcji proporcji ciała oraz na zakłóceniach w odbiorze lub interpretacji wewnętrznych stanów. Dostarczyła klinicznych dowodów na to, że kobiety z anoreksją psychiczną normalne kształty spostrzegają jako zbyt grube, a wyniszczone ciało – jako mające normalne proporcje (Touyz, Beumont, 1987). Uznanie przez Bruch zaburzeń obrazu ciała za pierwszorzędne w stosunku do innych symptomów w zaburzeniach odżywiania się wyznaczyło ściśle określony kierunek badań. Mianowicie, zaburzenia obrazu ciała – zgodnie z przyjętą definicją obrazu ciała według Schildera – miały charakter wyłącznie zaburzeń percepcji

cyjnych. Wyrażały się przede wszystkim w nierealistycznej – zaniżonej lub zawyżonej – ocenie rozmiarów ciała. Prowadzone do połowy 1992 r. badania, mające na celu empiryczną weryfikację jej hipotez, niejednokrotnie dostarczały sprzecznych ze sobą rezultatów. W przypadku kobiet z bulimią psychiczną ujawniały, że popełniają one wiele błędów przy ocenie wielkości swojego ciała. Przede wszystkim szacują je jako dużo większe niż jest ono w rzeczywistości (o 6%), gdy tymczasem osoby z grupy kontrolnej przeceniają rozmiary swojego ciała zaledwie o 1% (Franzen i in., 1988). Wyniki niektórych badań dowodziły jednocześnie, że nie ma znaczących różnic pod względem zakłóceń percepcyjnych obrazu ciała między bulimiczkami (i anorektyczkami) a osobami bez zaburzeń odżywiania się (Fernandez i in., 1994; Hsu, Sobkiewicz, 1991). Wnikliwa analiza Slade'a i Brodiego (1994) wszystkich przeprowadzonych badań nad zaburzeniami obrazu ciała pozwoliła im na wyciągnięcie następujących wniosków:

- (1) kobiety z bulimią psychiczną mają tendencję do zawyżonej oceny fizycznych rozmiarów swojego ciała, zwłaszcza jego szerokości;
- (2) tendencja ta nie jest ani wyjątkowa, ani diagnostyczna;
- (3) kobiety z grupy kontrolnej również zawyżają ocenę rozmiarów swojego ciała, ale w mniejszym stopniu.

Powyższe wnioski w nieznacznym stopniu potwierdziły hipotezy Bruch. Tym samym skłoniły badaczy do rozszerzenia percepcyjnych zakłóceń w ramach zaburzonego obrazu ciała o zakłócenia kognitywne. Tę poszerzoną perspektywę eksploracji problemu jako pierwsi zaproponowali w swoich pracach Garner i Garfinkel (1981-82). Najczęstszym odniesieniem do zaburzeń obrazu ciała w terminach jego wymiaru kognitywnego stało się pojęcie „niezadowolenia z własnego ciała” (*body dissatisfaction*). Charakteryzuje się przede wszystkim dewaluacją swojego wyglądu zewnętrznego w odniesieniu do przyjętego ideału szczupłej sylwetki. Ma ono swój wyraz w myśleniu o sobie, np. jako zbyt grubym, dużym itp., właśnie z powodu rozbieżności między obecnym stanem fizycznym a stanem pożądanym. Niezadowolenie może dotyczyć całego ciała, jak również odnosić się do określonego jego obszaru (Rosen, 1992). Najbardziej zmienną cechą zaburzeń kognitywnych obrazu ciała jest uzależnianie samooceny, poczucia wartości siebie i szacunku wobec siebie wyłącznie od wyglądu zewnętrznego.

Badania dostarczają dowodów, że bulimiczki przejawiają większe trudności w akceptacji obecnych rozmiarów swojego ciała niż kobiety z grupy kontrolnej. Bardziej są też niezadowolone ze swojej sylwetki niż anorektyczki czy osoby nie mające zaburzeń odżywiania się. Wszystkie deklarują chęć bycia szczuplejszą.

Dla porównania, wśród badanych anorektyczek 42,9% zgłasza podobne pragnienia (Fernandez i in., 1994). Pomimo tzw. zjawiska normatywnego niezadowolenia ze swojego ciała, bulimiczki oceniają swój wygląd zewnętrzny bardziej negatywnie niż 90% osób z grupy kontrolnej (Cash, Deagle, 1997). Ich ocena ciała, oparta wyłącznie na percepcji wzrokowej, różni się w sposób znaczący od tej, która wspiera się na odbiorze i interpretacji wewnętrznych wrażeń cielesnych. Przy koncentracji na wrażeniach cielesnych i szacowaniu odczuwanych rozmiarów swojego ciała wyraźnie zawyżają swoją ocenę aż o 13% (Franzen i in., 1988). Dowodzi to, że zaburzenia obrazu ciała mogą być lepiej zrozumiane i wyjaśnione w kontekście negatywnej samooceny ciała (zaburzeń kognitywnych) niż wyłącznie w ramach zakłóceń percepcyjnych (Fernandez i in., 1994).

Trzeci rodzaj cech w strukturze zaburzeń obrazu ciała – obok percepcyjnych i kognitywnych – stanowią zakłócenia behawioralne. Dotyczą one powtarzających się zachowań mających na celu kontrolowanie ciała i wyglądu zewnętrznego oraz omijanie sytuacji prowokujących lęk związany z obrazem ciała (Rosen, 1992). Bulimiczki martwią się, że będą upokorzone, jeżeli zauważony zostanie ich wygląd zewnętrzny. Dlatego unikają sytuacji społecznych, co do których są przekonane, że ich ciało, sylwetka będą oceniane. Opuszczają spotkania z przyjaciółmi, kiedy pojawia się perspektywa wspólnego posiłku, rozmowy o wadze ciała itp. W kontaktach z płcią przeciwną reagują silnym lękiem na ewentualność fizycznej bliskości i intymności. Najczęściej kontrolują kontakt z partnerem, nie pozwalając mu na dotykanie siebie. Charakterystyczną cechą kobiet z bulimią psychiczną są również zachowania, które mają na celu minimalizowanie ich fizycznej niedoskonałości (tzn. niezgodności z ideałem szczupłej sylwetki). Należą do nich m.in. unikanie noszenia obcisłych ubrań i chowanie się w zbyt szerokich, za dużych ubraniach (chowanie ciała). Inną formą zaburzeń behawioralnych obrazu ciała jest nadmiernie częste upewnianie się, że własne ciało nie uległo negatywnej zmianie (osoba nie przybrała na wadze). Stąd też częste ważenie się, oglądanie się w lustrze, mierzenie określonych ubrań (Rosen, 1992).

Podsumowując, zaburzenia obrazu ciała w szerokim ujęciu stanowią dowolną formę zakłóceń percepcyjnych, kognitywnych lub afektywnych, które bezpośrednio dotyczą ciała i wyglądu zewnętrznego (Thompson, 1995 – za: Beebe i in., 1999). Badacze próbują określać dokładne relacje i kierunki zależności między wyróżnionymi cechami w strukturze zaburzonego obrazu ciała przez konstruowanie mniej lub bardziej złożonych modeli. Przykładem może być wielowymiarowy model zaburzeń obrazu ciała D. Williamsona i jego współpracowników (1989).

Wyszczególniono w nim następujące wymiary: niewłaściwą ocenę rozmiarów ciała, preferencję bycia szczupłą, niezadowolenie ze swojego ciała oraz lęk przed byciem grubą. Pozytywna empiryczna weryfikacja tego modelu ujawniła, że niezadowolenie z własnego ciała jest najlepszym predyktorem bulimii (i anoreksji) psychicznej. Jednocześnie stanowi funkcję aktualnych rozmiarów ciała i dwóch innych wymiarów: zaburzeń percepcyjnych (nieprawidłowej oceny swoich wymiarów fizycznych) oraz preferowania szczupłości. Lęk przed przybraniem na wadze funkcjonuje jako oddzielny wymiar, który również ma znaczenie w kształtowaniu się poziomu niezadowolenia ze swojego ciała (Gleaves i in., 1995).

Najnowsze teorie psychodynamiczne (Krueger, 1989; Reich, Cierpka, 1998) podejmują próbę wyjaśnienia intrygujących kwestii przyczyn nieprawidłowego doświadczania swojej cielesności przez kobiety z bulimią psychiczną. Proponują, że jego źródłem jest rozłam w osobowości wyrażający się niespójnością, a w skrajnych przypadkach – podziałem w systemie Ja. Jeden z podziałów dotyczy wydzielania się dwóch – przeciwstawianych sobie – części: ja idealnego i ja wadliwego. Pierwsza część – najchętniej eksponowana na zewnątrz w codziennym życiu – reprezentuje aktywność, nienaruszalność, samokontrolę i niezależność. Druga – ja wadliwe – obejmuje słabość podmiotu i jego poczucie braku kontroli. Doświadczana jest jako usterka, defekt czy wada, dlatego jest dokładnie ukrywana (Reich, Cierpka, 1998). Ja idealne i ja wadliwe – jako dwie przeciwstawne części – pozostają ze sobą w konflikcie, który ujawnia się w postaci symptomów bulimicznych, m.in.: pogonią za szczupłością, nadmierną koncentracją na wyglądzie zewnętrznym, objadaniem i przeczyszczaniem się itp. Ogniskowanie się uwagi osoby z bulimią wokół ciała, sylwetki i wyglądu zewnętrznego wyjaśnia mechanizm obronny przemieszczenia, czyli nieświadomego przesunięcia się instynktownych pragnień z ja psychicznego na poziom percepcji ciała (Sugarman, 1991). Wszelki przyrost masy ciała, zwłaszcza przekraczający pewien limit przyjęty przez bulimiczkę, staje się doświadczeniem frustrującym, nacechowanym lękiem, ponieważ utożsamiany jest z ujawnieniem się ja wadliwego.

Konsekwencją mechanizmu przemieszczenia z ja psychicznego na poziom percepcji ciała (Reich, Cierpka, 1998) czy też mechanizmu rozszczepienia umożliwiającego odrzucenie ciała jako złego obiektu (Selvini Palazzoli, 1978) stają się trudności, jakie mają pacjenci z zaburzeniami odżywiania się w przeżywaniu swojego ciała. Swoją świadomość wyposażenia w ciało opierają przede wszystkim na zdrowym rozsądku („Każdy posiada ciało, więc ja również”) niż na doświadczaniu swojej cielesności. W rezultacie cechują się ograniczonymi umiejęt-

nościami dokładnego opisywania siebie i swoich uczuć, jak również tendencją do omawiania detali swoich symptomów jako substytutów uczuć i wewnętrznych stanów. Odznaczają się zahamowaną wyobraźnią i obniżonym poziomem symbolizowania swojego ciała (Krueger, 1989). Ich wewnętrzny system regulacji jest nieadekwatny w tak dużym stopniu, że nie potrafią one prawidłowo rozpoznawać podstawowych wrażeń cielesnych, takich jak uczucie głodu i sytości, zmęczenie, bezsenność, zaparcia, odczucia seksualne itp. Najczęściej są zakłopotane i wstydzą się z powodu swojego ciała. Trudności w przeżywaniu swojego ciała z bogactwem doznań z niego płynących mają swoje odbicie na płaszczyźnie komunikacji werbalnej. Pacjenci z zaburzeniami jedzenia – pomimo często wysokiej inteligencji – nie potrafią opisywać swoich przeżyć, uczuć i fantazji. Sprawiają wrażenie jakby zostali ich pozbawieni. Ich umiejętności językowe nie wystarczają do ekspresji uczuć (Zerbe, 1993).

W ramach prezentowanego artykułu „przeżywanie cielesności” ujmowane jest w kontekście holistycznego podejścia do człowieka – stanowiącego jedność psychofizyczną. Dlatego też doświadczanie swojego ciała nie wyczerpuje się jedynie w relacji podmiot (Ja)–przedmiot (ciało), ale dopełniane jest w znaczący sposób wyjątkową relacją podmiot (Ja)–moje doświadczenie mnie cielesnego, w której to przedmiot jest jednocześnie podmiotem (por. Chirpaz, 1998). Nadrzędnym konstruktem teoretycznym, służącym do opisu tak rozumianego doświadczenia własnej cielesności, jest pojęcie ja cielesnego, które uzupełnia obraz ciała o dodatkowe desygnaty. Mieści ono w sobie dwa główne aspekty: (1) podmiotowy – obejmujący przeżywanie swojej cielesności (fizyczności) wraz ze swoją płciowością oraz (2) przedmiotowy – dotyczący zbioru konkretnych doświadczeń cielesnych – świadomych i nieświadomych – które odbijają się w obrazie własnego ciała, jaki ma każda osoba. Przyjęta definicja ja cielesnego wyznacza sposoby jego operacjonalizacji, oparte głównie na analizie różnych kategorii doświadczeń, np. akceptacji własnej cielesności (poczucia integracji siebie z własnym ciałem), przeżywania siebie w intymnej relacji z osobami płci przeciwnej, akceptacji i prezentowania swojej kobiecości oraz stosunku do jedzenia i masy ciała. Tworzą one odrębne wymiary ja cielesnego, które razem składają się na strukturę ja cielesnego.

Podstawowym celem prezentowanych badań jest próba odpowiedzi na następujące pytanie: W jaki sposób kobiety z bulimią psychiczną przeżywają swoją cielesność?, czyli: Jaką strukturę przyjmuje ich ja cielesne?

II. GRUPA BADAWCZA

W badaniach wzięło udział 36 kobiet ze zdiagnozowaną bulimią psychiczną według DSM IV, u których czas trwania epizodów bulimicznych był bardzo różny (od sześciu miesięcy do ośmiu lat). Najlicniejsza podgrupa (38,89% badanych kobiet) zgłaszała jednak występowanie u siebie cykli objadania się i/lub przeczyszczania w okresie krótszym niż rok. Wiek badanych kobiet mieścił się w przedziale 15-25 lat (średnia wieku wynosiła 20,3). Najwięcej badanych było w wieku 18, 21, 22 i 23 lata; wśród badanych były: jedna 15-latką i jedna 16-latką. Zdecydowana większość kobiet z grupy podstawowej mieszkała w miastach wojewódzkich (94,4%), reszta, tzn. dwie osoby (5,6%), w miastach powiatowych. Wszystkie badane osoby były pannami i nie miały dzieci. Pod względem aktywności zawodowej grupa była dość zróżnicowana. Znalazły się w niej studentki różnych kierunków studiów, m.in. prawa, polonistyki, pedagogiki, ekonomii, medycyny, matematyki (50%), licealistki (33,3%) oraz kobiety uczęszczające do szkoły policealnej (8,3%). Jedna z badanych osób, po skończonych studiach wyższych, pracowała zawodowo. Natomiast dwie inne, z wykształceniem średnim, pozostawały w domu, nie podejmując dalszej nauki ani żadnej pracy zarobkowej.

1. *Strategia przeprowadzenia badań*

Badania prowadzone były indywidualnie. Rozpoczynały się od wywiadu diagnostycznego (według DSM-IV), którego wyniki – o ile pozwalały na diagnozę bulimii psychicznej – decydowały o zakwalifikowaniu danej osoby do dalszych badań. W następnym etapie przeprowadzano tzw. opis Ja cielesnego w stanie koncentracji na nim. Procedura ta służyła przede wszystkim przedmiotowej koncentracji na własnej cielesności. Następnie osoba badana wypełniała Kwestionariusz Ja Cielesnego.

2. *Metody badawcze*

Wywiad diagnostyczny. W badaniach wykorzystany został ustrukturalizowany wywiad w kierunku diagnozy zaburzeń odżywiania się według DSM IV. Podstawą opracowania narzędzia był Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV (IDED-IV) autorstwa Williamsona (Kutlesic i in., 1998). Charakterystyczną właściwością IDED-IV jest ocena symptomów na skalach, które odnoszą się bezpośrednio do kryteriów diagnostycznych DSM IV.

Opis ja cielesnego w stanie koncentracji na nim stanowi procedurę, której celem jest uzyskanie koncentracji na własnej cielesności, czyli umieszczenie w centrum uwagi osoby jego doświadczeń związanych z przeżywaniem swojego ciała. Składa się z dwóch etapów. Pierwszy polega na wprowadzeniu osoby badanej w stan relaksu i wzmocnionej wewnętrznej koncentracji na jej doznaniach płynących z ciała, wyobrażeniach swojego wyglądu i obrazie własnej sylwetki. Następnie – w drugim etapie procedury – koncentracja podtrzymywana jest przez rozmowę na temat sposobu doświadczania siebie i swojej cielesności, ujawnionego podczas przeprowadzonego zadania. Badający zadaje częściowo ustrukturalizowane pytania: „Jak wygląda twój wewnętrzny wizerunek siebie?”, „Jakiej metafory możesz użyć w celu przedstawienia sposobu przeżywania siebie, swojej cielesności?”, „Które obszary swojego ciała odczuwałaś wyraźnie?”, „Które obszary swojego ciała doświadczałaś z trudnością lub w ogóle ich nie czułaś?” Dalsze wzmocnienie koncentracji na własnej cielesności odbywa się za pomocą rysunku siebie. Osoba badana jest proszona o narysowanie siebie, a następnie zaznaczenie akceptowanych, lubianych, jak również nielubianych i nieakceptowanych części swojego ciała.

W prezentowanych badaniach procedura opisu ja cielesnego w stanie koncentracji na nim trwała około 20 minut i w rezultacie konfrontowała osobę badaną z jej cielesnością oraz sposobem przeżywania przez nią swojego ciała. Stanowiła punkt wyjścia do badania ja cielesnego za pomocą metody kwestionariuszowej.

Dodatkowo zastosowany w ramach procedury rysunek siebie został wykorzystany jako graficzna metafora ja cielesnego. Uzupełniony przez wypowiedź słowną, stymulowaną i kierowaną ustrukturalizowanymi pytaniami, dostarczył danych o charakterze projekcyjnym na temat sposobów przeżywania swojego ciała przez kobiety z bulimią psychiczną. W podjętej próbie analizy rysunków siebie i wypowiedzi słownych odwołano się przede wszystkim do wskaźników formalnych stosowanych przy interpretacji metod projekcyjnych, zaproponowanych przez prof. Marię Braun-Gałkowską w Teście Rysunku Rodziny (por. Braun-Gałkowska, 1985; 2002). W rezultacie zebrany materiał badawczy został wykorzystany do egzemplifikacji różnych stopni zaburzenia ja cielesnego kobiet z bulimią psychiczną, wyróżnionych za pomocą Kwestionariusza Ja Cielesnego.

Kwestionariusz Ja Cielesnego. W celu zbadania i opisanie różnych sposobów przeżywania przez kobiety swojej cielesności zastosowano Kwestionariusz Ja Cielesnego własnego autorstwa (por. Mirucka, w druku), który składa się z 41

pozycji testowych, przyporządkowanych do czterech skal wyróżnionych na podstawie analizy czynnikowej.

(1) Skala A – Akceptacja cielesności – określa podstawowy wymiar ja cielesnego, jakim jest akceptacja własnej cielesności. Pozwala na ustalenie stopnia zadowolenia ze swojego wyglądu zewnętrznego i swojej sylwetki. Wysokie wyniki w tej skali sugerują wysoki poziom akceptacji swojego ciała i wyglądu zewnętrznego, przeżywanie pozytywnych uczuć związanych z posiadaniem określonej figury. Bardzo niskie wyniki świadczą o odrzuceniu i negacji swojej cielesności, traktowaniu jej jako balastu i ciężaru utrudniającego satysfakcjonujące funkcjonowanie. Wskazują też na przeżywanie siebie jako niezintegrowanego podmiotu, w którym cielesność stanowi opozycję do Ja oraz jest źródłem negatywnych uczuć. Poniższe twierdzenia są wybranymi spośród 13 wchodzących do tej skali:

A-12. Chciałabym wyglądać zupełnie inaczej.

A-40. Podoba mi się moja figura.

(2) Skala M – Przeżywanie intymności z osobami płci przeciwnej (mężczyznami) – określa sposób doświadczania siebie w relacji z mężczyznami, szczególnie wtedy, kiedy przybiera ona charakter intymnego kontaktu angażującego cielesność. Wysokie wyniki w tej skali wskazują na pozytywne relacje z osobami płci przeciwnej – na umiejętność przeżywania bliskości z nimi bez utraty poczucia siebie. Sugerują też zdolność przeżywania satysfakcji i zadowolenia z kontaktu fizycznego z drugą osobą, który angażuje przede wszystkim cielesność i sferę emocjonalną (w przeciwieństwie do np. kontaktów intelektualnych). Bardzo niskie wyniki ujawniają przeżycia silnego lęku i niepokoju w sytuacjach stwarzających możliwość intymnych kontaktów z osobami płci przeciwnej. Wskazują również na tendencję do ich unikania. Skala M dotyczy zatem tego wymiaru Ja cielesnego, który jest ujawniany i realizowany w relacji do innych (zwłaszcza osób płci przeciwnej), gdy cielesność pełni ważną, wiodącą rolę jako środek wyrazu i ekspresji siebie, dominując na tle innych wymiarów kontaktu (np. wymiaru intelektualnego). Wśród 12 pozycji testowych tej skali znajdują się m.in.:

M-18. Kiedy tańczę z mężczyzną, najczęściej czuję się rozluźniona.

M-33. Intymna relacja z mężczyzną kojarzy mi się ze strachem i niepokojem.

(3) Skala K – Ekspozycja kobiecości – dotyczy akceptacji i podkreślania swojej kobiecości. Pozwala określić, w jakim stopniu fakt bycia kobietą stanowi źródło pozytywnych doświadczeń oraz inspirację do odkrywania i rozwijania swojej kobiecości. Wysokie wyniki sugerują wysoki poziom akceptacji siebie jako kobiety i duże zaangażowanie w ekspozycję swojej kobiecości, np. za

pomocą ubioru czy makijażu. Niskie wyniki ujawniają trudności w rozpoznawaniu i manifestowaniu swojej kobiecości, przeżywanie lęku i niepokoju, który pobudza do maskowania jej oznak. Skrajnie niskie wyniki mogą wiązać się z wyraźną niechęcią przed utożsamianiem siebie z kobietą oraz z odrzucaniem swojej kobiecości. Dwa poniższe twierdzenia są przykładami pozycji testowych (sześciu) budujących tę skalę:

K-5. Nie krępują mnie sukienki czy bluzki z dość dużymi dekolcami.

K-20. Lubię podkreślać swoje cechy kobiecości (usta, nogi, biust itp.).

4) Skala E – Stosunek do jedzenia i wagi ciała (*eating*) – opisuje stosunek wobec działań związanych z przyjmowaniem pokarmów oraz utrzymywaniem wagi ciała na określonym, zadowalającym poziomie. Bardzo niskie wyniki wskazują na poważne trudności z kontrolowaniem jedzenia, jednocześnie na zaabsorbowanie myśli problemami wagi ciała i dietą. Sugerują, że w centrum uwagi jednostki znajdują się sprawy związane z pożywieniem i wagą ciała, a dominującą czynnością jest kontrolowanie siebie w odniesieniu do tego „co, ile i kiedy mogę zjeść?”. Osoby z wysokimi wynikami w tej skali traktują czynność jedzenia jako jeden z wielu niedominujących aspektów funkcjonowania. Jedzenie i jego kontrola nie urasta do rangi problemu. Osoby zadowolone ze swojej masy ciała nie czują szczególnej potrzeby stosowania diet, postów czy intensywnych ćwiczeń odchudzających. Jeżeli uprawiają sport, to przede wszystkim w celu utrzymania kondycji fizycznej, a nie w celu pozbycia się zbędnych kalorii. Przykładami pozycji testowych wchodzących w skład tej skali są:

E-24. Stosuję konkretne sposoby wpływania na swoją wagę (diety, głodówki, gimnastykę itp.).

E-31. Nie boję się, że utyję.

Wyszczególnione cztery skale stanowią podstawę operacjonalizacji różnych aspektów ja cielesnego, traktowanych jako jego wymiary treściowe. Dlatego też pełny opis ja cielesnego dotyczy czterech wymiarów, którym odpowiadają cztery skale kwestionariusza: Skala A – Akceptacja cielesności, Skala M – Przeżywanie intymności z osobami płci przeciwnej, Skala K – Ekspozycja kobiecości oraz Skala E – Stosunek do jedzenia i wagi ciała.

Właściwości psychometryczne Kwestionariusza Ja Cielesnego. Kwestionariusz odznacza się wysoką trafnością kryterialną, która dla całego narzędzia wynosi 0,723, zaś dla poszczególnych skal jest następująca: Skala A = 0,78, Skala M = 0,58, Skala K = 0,29 i Skala E = 0,43. Rzetelność, określona na podstawie współczynnika zgodności wewnętrznej (α Cronbacha), dla całej skali przyjmuje

wartość 0,93, a dla poszczególnych skal: Skali A $L_A = 0,89$, Skali M $L_M = 0,88$, Skali E $L_E = 0,83$ i Skali K $L_K = 0,74$. Rzetelność połówkowa, oceniana metodą Guttmana (Guttman Split-half) i metodą Spearmana-Browna (Unequal-length Spearman-Brown), jest jednakowa i równa się 0,83, przy czym dla pierwszej części wynosi 0,90, a dla drugiej – 0,88.

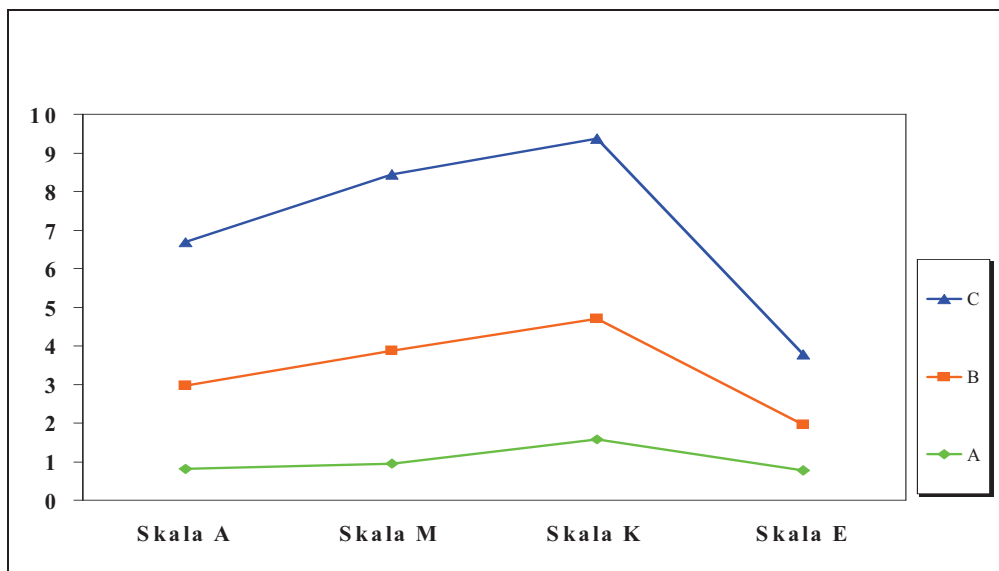
III. WYNIKI

Otrzymane wyniki ogólne w Kwestionariuszu Ja Cieleśnego są wysoce zróżnicowane (rozstęp R wynosi 174). Oznacza to, że badana grupa jest niejednorodna pod względem sposobu przeżywania swojego ciała – struktury ja cieleśnego. Dlatego została podzielona na trzy podgrupy według poziomu wyniku ogólnego: niskiego, średniego i wysokiego (por. tab. 1). Niski poziom określają wyniki ogólne mieszczące się w przedziale 7-64, średni – z przedziału 65-122, zaś wysoki wyniki z przedziału 123-181. Wyróżnionym grupom przyporządkowano różne stopnie zaburzenia ja cieleśnego. Niski poziom wskazuje na głęboki stopień zaburzenia ja cieleśnego (grupa A), średni – na stopień umiarkowany (grupa B), a wysoki – na nieznaczny (grupa C). W grupie A znalazło się 13 kobiet z bulimią psychiczną charakteryzujących się głębokim stopniem zaburzenia ja cieleśnego. Najbardziej liczna jest grupa B o umiarkowanym stopniu zaburzenia ja cieleśnego (16 osób), zaś najmniej liczna – grupa C (7 kobiet z bulimią psychiczną o nieznacznym zaburzeniu ja cieleśnego).

Tab. 1. Poziomy wyników ogólnych w kwestionariuszu i stopnie zaburzenia Ja cieleśnego w grupie kobiet z bulimią psychiczną

Grupa	Przedział wyników ogólnych	Poziom wyników ogólnych	Stopień zaburzenia Ja cieleśnego	Liczebność grupy	Procent (%)
A	7-64	niski	głęboki	13	36,12
B	65-122	średni	umiarkowany	16	44,44
C	123-181	wysoki	nieznaczny	7	19,44

W wyodrębnionych grupach A, B i C, różniących się pod względem stopnia zaburzenia ja cielesnego, określono średnie wyniki w czterech skalach Kwestionariusza Ja Cielesnego (wyniki surowe) oraz ich konfigurację (strukturę ja cielesnego) (por. tab. 2 i wykres 1).



Wykres 1. Struktura ja cielesnego w grupie A, B i C

Układ skal w grupie B (z umiarkowanym stopniem zaburzenia ja cielesnego) i grupie C (z nieznacznie zaburzonym ja cielesnym) jest bardzo podobny, tzn. w skali K (Eksponowanie kobiecości) badane osoby uzyskały najwyższe wyniki, w skali M (Przeżywanie intymności z osobami płci przeciwnej) nieznacznie niższe, zaś w skali E (Stosunek do jedzenia i wagi ciała) najniższe. Przy czym średnie wyniki w poszczególnych skalach w grupie C są znacząco wyższe niż w grupie B (tab. 2). Oznacza to, że bulimiczki z umiarkowanym i nieznacznym stopniem zaburzenia ja cielesnego traktują swoje ciało i sylwetkę jako niedoskonałą formę wyrazu siebie. Mimo że mają poważne trudności z ich akceptacją, to jednak nie odrzucają swojej fizyczności, ale starają się nadać jej pożądany kształt. Najczęściej jest on zbliżony z lansowanymi ideałami piękności i szczupłej sylwetki. Nadmierna troska o wygląd zewnętrzny stoi na przeszkodzie prawidłowego funkcjonowania w innych sferach życia. Kontakty z mężczyznami nawiązują

z pewnymi trudnościami. Przyczyny przeżywanego w nich lęku i niepowodzeń przypisują najczęściej swojej – ich zdaniem dalekiej od ideału – sylwetce. Opisane nieprawidłowości w strukturze ja cielesnego istotnie różnią grupy B i C pod względem ich stopnia nasilenia.

Konfiguracja skal w grupie A (z głębokim stopniem zaburzenia ja cielesnego) odznacza się wyraźną dominacją Skali K (Ekspozowanie kobiecości) na tle trzech pozostałych skal przyjmujących ekstremalnie niskie wyniki. W porównaniu z grupą B i C następuje wyraźne obniżenie się wartości wszystkich skal, a szczególnie Skali M (Przeżywanie intymności z osobami płci przeciwnej). Sugeruje to, że u kobiet z bulimią psychiczną wraz z pogłębianiem się zaburzenia ja cielesnego nasila się tendencja do wycofywania się z relacji z mężczyznami, której towarzyszy eskalacja lęku i poczucia zagrożenia.

Istotność różnic między grupami A, B i C w zakresie wyników w czterech skalach Kwestionariusza do Badania Ja Cielesnego jest pokazana w tab. 2. Wszystkie różnice między grupami są istotne statystycznie.

Tab. 2. Porównanie trzech grup
w zakresie wyników w skalach Kwestionariusza Ja Cielesnego:
wyniki analizy wariancji MANOVA

Skala	Ilość itemów w skali (N)	Średnie (M) i odchylenia standardowe dla grup						Istotność różnic		
		A	A – M/N	B	B – M/N	C	C – M/N	F	p	Grupy
Skala A	13	10,38 6,83	0,8	28,06 11,44	2,16	48,43 11,03	3,73	34,27	0,000	A-B, A-C, B-C
Skala M	12	11,23 7,05	0,94	35,25 10,12	2,94	54,86 7,69	4,57	61,99	0,000	A-B, A-C, B-C
Skala K	6	9,46 6,70	1,58	18,69 7,23	3,12	28,00 2,08	4,67	19,95	0,000	A-B, A-C, B-C
Skala E	10	7,62 5,09	0,76	11,94 5,63	1,19	18,29 6,05	1,83	8,55	0,001	A-B, A-C, B-C
MANOVA: $F = 10,49$; $df = 6$, $p < 0,000$										

IV. DYSKUSJA

Głównym celem prezentowanych badań była eksploracja sposobów przeżywania swojego ciała przez kobiety z bulimią psychiczną w wieku 15-25 lat. W literaturze przedmiotu można odnaleźć liczne propozycje badań dotyczących obrazu ciała. Znacznie mniej jest natomiast prac poświęconych ja cielesnemu, rozumianemu w nurcie fenomenologiczno-egzystencjalnym jako doświadczanie siebie cielesnego wraz ze swoją płciowością (por. Mirucka, 2004). Dlatego też w tym artykule uwaga badawcza skoncentrowana została na ja cielesnym – złożonym fenomenie psychologicznym z czterema podstawowymi wymiarami (A – Akceptacją cielesności, K – Eksponowaniem kobiecości, M – Przeżywaniem intymności w kontaktach z osobami płci przeciwnej oraz E – Stosunkiem do jedzenia i wagi ciała), które tworzą razem spójną strukturę. Opis tej struktury umożliwia poznanie sposobów przeżywania swojego ciała przez badane kobiety z bulimią psychiczną.

Przeprowadzone badania wykazały, że kobiety z bulimią psychiczną doświadczają swoją cielesność w bardzo zróżnicowany sposób. Ich ja cielesne może przyjmować strukturę o cechach nieznacznego (grupa C), umiarkowanego (grupa B) lub głębokiego (grupa A) zaburzenia. Osoby z grupy A (głęboko zaburzone ja cielesne) doświadczają siebie jako niezintegrowany byt, w którym cielesność stanowi opozycję do Ja oraz źródło negatywnych uczuć. Ciało (wygląd zewnętrzny) jest – ich zdaniem – swoistego rodzaju ograniczeniem, przyczyną niesatysfakcjonujących relacji z innymi. Skrajnie negatywne znaczenie przypisują szczególnie płci i wszelkim oznakom kobiecości. Dlatego też z wyraźną niechęcią myślą o sobie w kategoriach kobiety, niejednokrotnie zaprzeczając swojej kobiecości. W relacjach z mężczyznami przeżywają silne lęki, poziom ich niepokoju wzrasta szczególnie wtedy, gdy sytuacja stwarza potencjalne możliwości bliskiego, intymnego kontaktu. Odrzucając cielesność, a wraz z nią kobiecość, zaprzątnięte są myślą o jedzeniu, sylwetce i wadze ciała. Zaabsorbowanie przyjmuje niejednokrotnie postać obsesyjnego myślenia, od którego nie są w stanie uwolnić się o własnych siłach.

Rysunek siebie kobiet z bulimią psychiczną z grupy A (głęboki stopień zaburzenia ja cielesnego) przedstawia często zdeformowane ciała ludzkie, np. bez głowy, rąk lub stóp, bądź też opasłe stwory, jakby wytwory ponurej dziecięcej wyobraźni (aneks, rys. 1). Jeżeli w graficznych formach wyrazu siebie pojawia się cała (kompletna) postać kobieca, to jest ona najczęściej naga. Owa nagość

przedstawiana jest w dwojaki sposób. Pierwszy – charakteryzuje się wyraźnym wyekspozowaniem atrybutów kobiecości (np. biustu, łona, bioder itp.), ale o treści negatywnej, wręcz wulgarnej (aneks, rys. 2). Drugie przedstawienie zupełnie pomija cechy płciowe, w związku z czym sylwetki ludzkie zdają się przypominać osoby bez jasno określonej płci. Jak wyraziła to jedna z badanych kobiet: „ni to kobieta, ni to coś” (aneks, rys. 3). Wrażenie ich aseksualności dodatkowo potęguje brak twarzy. Graficzne środki wyrazu wykorzystane przez kobiety z głęboko zaburzonym ja cielesnym uderzają swoim ubóstwem i prostotą. Przeważnie są to jednobarwne (czarne), konturowe rysunki, wśród których wyjątek stanowi jeden w kolorze bladoniebieskim (aneks, rys. 1). Uzupełnione skrajnie pejoratywnymi metaforami słownymi, tj. słońca, hipopotam, ropucha, gruby potworek itp., wzmacniają wrażenie dramatu rozgrywającego się na płaszczyźnie odrzucanego kobiecego ciała. Z wysokim poziomem nieakceptacji siebie i własnej cielesności wiążą się deklarowane intensywnie uczucia negatywne kierowane do swojego ciała, tj. obrzydzenie, odraza, wstręt oraz złość, agresja, nienawiść. Jak głęboko zaburzone jest ja cielesne u kobiet z bulimią psychiczną z grupy A, może świadczyć wypowiedź jednej z nich: „Tak bardzo nie lubię dotykać siebie, że matka musi mnie myć. Nie mogę też na siebie patrzeć, kiedy to robię, siedzę i płaczę”.

Kobiety z grupy B (umiarkowany stopień zaburzenia ja cielesnego) nie akceptują swojej cielesności i kobiecości. Traktują ciało i swoją sylwetkę jako niedoskonałą formę wyrazu siebie. Starają się ekspozować swoją kobiecość w umiarkowanym stopniu, przy czym troska o to, co i ile jedzą wyraźnie utrudnia im funkcjonowanie w większości sfer życia. Przeżywają dyskomfort i lęk w kontaktach z osobami płci przeciwnej, których przyczynę sprowadzają do swojego wyglądu zewnętrznego.

Rysunki siebie kobiet z umiarkowanym stopniem zaburzenia ja cielesnego (grupa B) przedstawiają najczęściej całe postacie o wyraźnie określonej płci. Są to kobiety nagie lub ubrane, gdzie nagość nie ma charakteru agresywnego, ale przeciwnie – wyróżnia się pozytywnie ukazanymi cechami kobiecości, np. smukłą sylwetką, kształtnymi biodrami, wcięciem w talii, długimi, zgrabnymi nogami itp. (aneks, rys. 4). Ubrane postaci noszą strój kobiecy, dopasowany, a czasem nawet obcisłe bluzki, spódnice i sukienki (aneks, rys. 5). Wszystkie narysowane kobiety mają twarze – ten najbardziej przekonywający symbol tożsamości – na których malują się różne stany emocjonalne: począwszy od przerażenia przez smutek, zamyślenie po radość. Elementy graficzne rysunków siebie w grupie bulimiczek z umiarkowanym stopniem zaburzenia ja cielesnego są – podobnie jak w grupie A

– dosyć ubogie. Przedstawienia postaci przyjmują formę rysunku konturowego, najczęściej w jednej dominującej barwie, np. niebieskim, zielonym lub brązowym kolorze; kolor czarny pojawia się sporadycznie. W deklaracjach słownych badane kobiety z grupy B wymieniają wobec swojego ciała i cielesności najczęściej uczucia: bezradności, smutku, rozpacz, a rzadziej wstyd, nienawiść czy niechęć. Ich wypowiedzi stanowią swoistego rodzaju połączenie pozytywnych i negatywnych opinii na temat swojego wyglądu zewnętrznego i swojej fizyczności. Bardzo rzadko wyrażają jednoznacznie wrogi stosunek do siebie samych. Przeważnie sygnalizują rodzaj ambiwalencji między niezadowoleniem i oznakami akceptacji.

Kobiety z bulimią psychiczną z grupy C, z nieznacznie zaburzonym ja cielesnym, swoją uwagę koncentrują przede wszystkim na działaniach związanych z dbałością o sylwetkę i wygląd zewnętrzny, co wyraża się głównie w przesadnym kontrolowaniu swojej masy ciała i trosce o dietę. Nie uważają jednak, że są mało atrakcyjne, dlatego też bez większych trudności eksponują swoją kobiecość i nawiązują bliskie relacje z mężczyznami. W porównaniu z grupą B deklarują większy stopień akceptacji siebie i swojej cielesności.

Rysunki kobiet z grupy C ilustrują nieznaczny stopień zaburzenia ja cielesnego. Wszystkie prezentują sylwetki kobiet, w których nagość jest ukryta pod zasłoną kobiecego stroju. Ubiór zdaje się podkreślać piękno ciała – jego grację ruchów i wdzięk (aneks, rys. 6). Nie zdarzają się w tej grupie przedstawienia nagiego ciała, z mniej lub bardziej odważnie zaznaczoną seksualnością. Intrygujący i zagadkowy wydaje się fakt, że bulimiczki z nieznacznie zaburzonym ja cielesnym dość często rysują siebie bez twarzy i dłoni. Prawdopodobnie w ten sposób sygnalizują, że do większej akceptacji siebie, swojej cielesności i płciowości niezbędna jest im większa umiejętność komunikowania siebie w satysfakcjonujących relacjach interpersonalnych. Graficzne środki wyrazu – w porównaniu z grupą A i B – są tu znacznie bogatsze. Postacie kobiece przeważnie są rysowane przy użyciu dwóch lub trzech kolorów, gdzie przestrzeń, ograniczona konturem, zostaje starannie zamalowana. Zdarzają się – chociaż rzadko – rysunki jednobarwne, konturowe, ale zwykle o pozytywnej treści, np. atrakcyjne dziewczyny lub kobiety w ładnym stroju i wdzięcznej pozie. Sposób graficznego przedstawienia siebie przez bulimiczki z nieznacznym stopniem zaburzenia ja cielesnego współbrzmi z ich wypowiedziami werbalnymi. Najczęściej deklarują one pozytywne uczucia kierowane wobec swojego ciała, tj. sympatia i radość oraz podstawowy poziom akceptacji siebie. Niejednokrotnie porównują czy wręcz utożsamiają siebie z atrakcyjnymi gwiazdami popkultury – symbolami współczesnego ideału kobiecości.

Przeprowadzone badania nie są wolne od pewnych ograniczeń. Jednym z nich jest niewielka liczba badanych (36 kobiet z bulimią psychiczną), co sugeruje dużą ostrożność w uogólnianiu uzyskanych wyników. Nie bez znaczenia dla uzyskanych rezultatów pozostaje również sposób definiowania i operacjonalizacji konstruktów teoretycznych, jakim jest ja cielesne. Bardzo możliwe, że w strukturze ja cielesnego, oprócz czterech wyróżnionych wymiarów (A – Akceptacja cielesności, M – Przeżywanie intymności z osobami płci przeciwnej, K – Eksponowanie kobiecości i E – Stosunek do jedzenia i wagi ciała), istnieją inne, które pełnią istotną rolę w doświadczaniu swojego ciała. Przypuszczalnie jednym z dodatkowych wymiarów będzie sfera emocji i uczuć, której działanie trudno sobie wyobrazić bez ścisłego związku z ciałem. Wymiar ten mógłby obejmować np. świadomość własnych przeżyć emocjonalnych, zdolność do subtelnego i symbolicznego ich przedstawiania i różnicowania czy też ekspresję emocji i umiejętność rozładowywania napięcia. Właśnie dlatego interesująca i obiecująca wydaje się perspektywa dalszych badań mających na celu prześledzenie regulacyjnej roli emocji w kształtowaniu się ja cielesnego, zwłaszcza w procesie jego patologizacji u kobiet z bulimią psychiczną.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders* (Third ed. – reverse). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders* (Fourth ed.). Washington, DC.
- Beebe, D., Holmbeck, G. N., Grzeskiewicz, C. (1999). Normative and psychometric data on the body image assessment – revised. *Journal of Personality Assessment*, 3, 374-394.
- Beumont, P. J. (1988). Bulimia: Symptoms, syndrome and predicament. W: K. Pirke, W. Vandereycken, D. Plogg (red.), *The psychobiology of bulimia nervosa* (s. 2-9). Berlin: Springer.
- Braun-Gałkowska, M. (1985). *Test Rysunku Rodziny*. Lublin: KUL.
- Braun-Gałkowska, M. (2002). *Metody poznawania systemu rodzinnego*. Lublin: Katedra Psychologii Wychowawczej i Rodziny KUL
- Bruch, H. (1974). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- 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.
- Fernandez, F., Probst, M., Meermann, R., Vandereycken, W. (1994). Body size estimation and body dissatisfaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 307-310.

- Franzen, U., Florin, I., Schneider, S. [i in.] (1988). Distorted body image in bulimic women. *Journal of Psychosomatic Research*, 4-5, 445-450.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E. (1981-82). Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 11, 263-284.
- Gleaves, D. H., Williamson, D. A., Eberenz, K. P. [i in.] (1995). Clarifying body-image disturbance: Analysis of a multidimensional model using structural modeling. *Journal of Personality Assessment*, 3, 478-493.
- 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.
- Kent, A. (1991). Advances in bulimia nervosa. *The Practitioner*, 235, 396-399.
- Krueger, D. W. (1989). *Body self and psychological self. A developmental and clinical integration of disorders of the self*. New York: Brunner/Mazel.
- Kutlesic, V., Williamson, D., Gleaves, D. H., Barbin, J. M. (1998). The interview for the diagnosis of eating disorders – IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 1, 41-48.
- Mirucka, B. (1996). Zdobywanie przestrzeni psychologicznej przez odrzucenie ciała. Psychosomatyczne aspekty zaburzeń odżywiania się. *Test*, 4, 93-102.
- Mirucka, B. (2003). Poszukiwanie znaczenia cielesności i ja cielesnego. *Przegląd Psychologiczny*, 46, 2, 209-223.
- Mirucka, B. (w druku). Kwestionariusz Ja Cielesnego. *Przegląd Psychologiczny*.
- Ploog, D. (1988). Opening remarks. W: K. Pirke, W. Vandereycken, D. Plogg (red.), *The psychobiology of bulimia nervosa* (s. 1-15). Berlin: Springer.
- Reich, G., Cierpka, M. (1998). Identity conflicts in bulimia nervosa: Psychodynamic patterns and psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 3, 383-402.
- Rosen, J. C. (1992). Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. W: J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll, M. A. Stephens (red.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context* (s. 157-177). Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Selvini Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- 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.
- Sugarman, A. (1991). Bulimia: A displacement from psychological self to body self. W: C. L. Johnson (red.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia* (s. 3-33). New York: Guilford.
- 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.
- Williamson, D., Davis, C. J., Bennett, S. M. [i in.] (1989). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. *Behavioral Assessment*, 11, 433-446.
- Zerbe, K. (1993). Whose body is it anyway? Understanding and treating psychosomatic aspects of eating disorders. *Bulletin of Menninger Clinic*, 2, 161-177.

BODY SELF-PERCEPTION IN WOMEN WITH BULIMIA NERVOSA

S u m m a r y

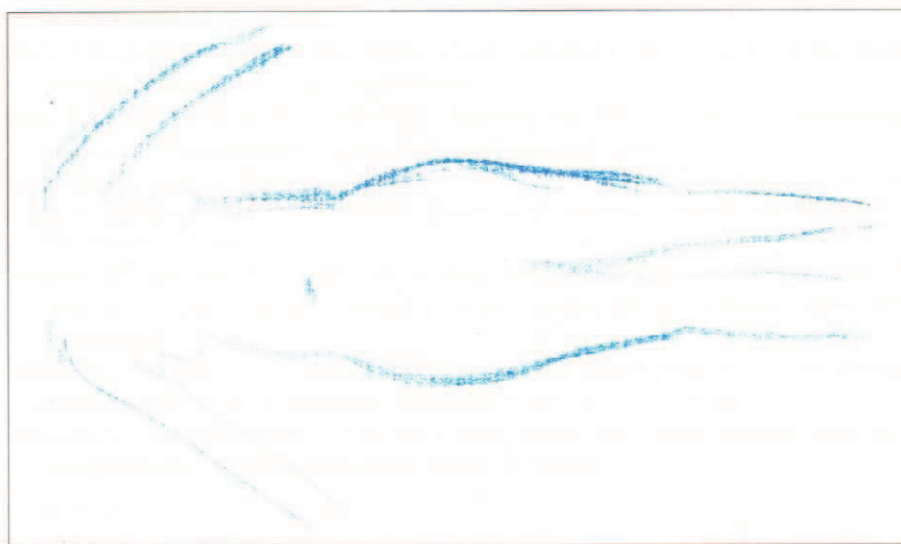
Abstract. The aims of this article was to address the following questions: How do women with bulimia nervosa experience their own body? Which aspects of their bodily self are the basis of their identity and constitute essential elements of self structure? The study was conducted on 36 bulimic women, aged from 15 to 25, diagnosed according to DSM IV criteria for bulimia nervosa. The subjects were examined with the Body Self Questionnaire which consists of four scales (dimensions of the Body Self): acceptance of one's body, disclosure of femininity, experience of intimate relations with persons of the opposite sex, and relationship towards eating and body weight. The conclusion from the study is: The body self of bulimic women is differentially disordered into three levels: profound, moderate and minimal.

Key words: bodily self, bulimia nervosa.

ANEKS



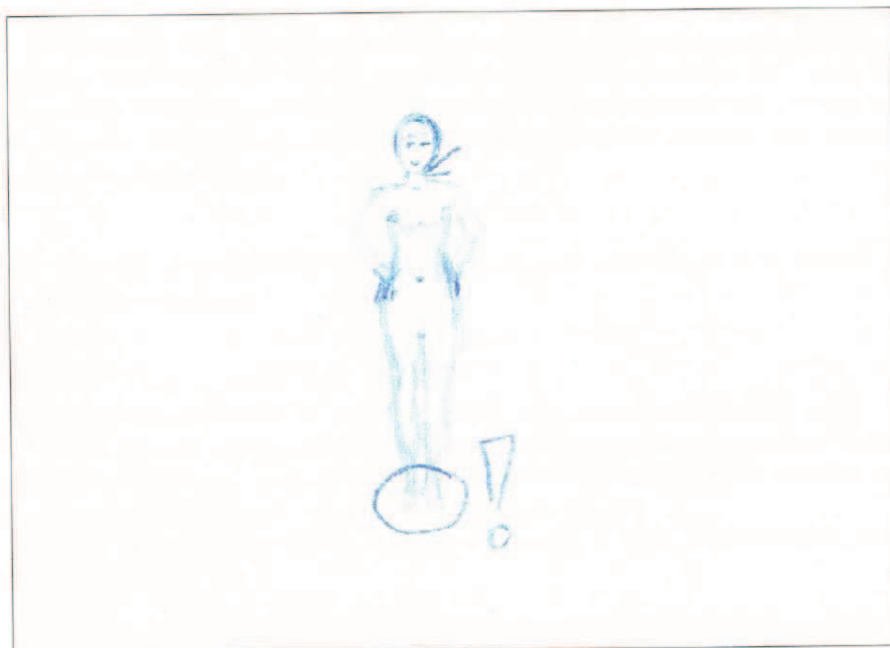
Rysunek 2



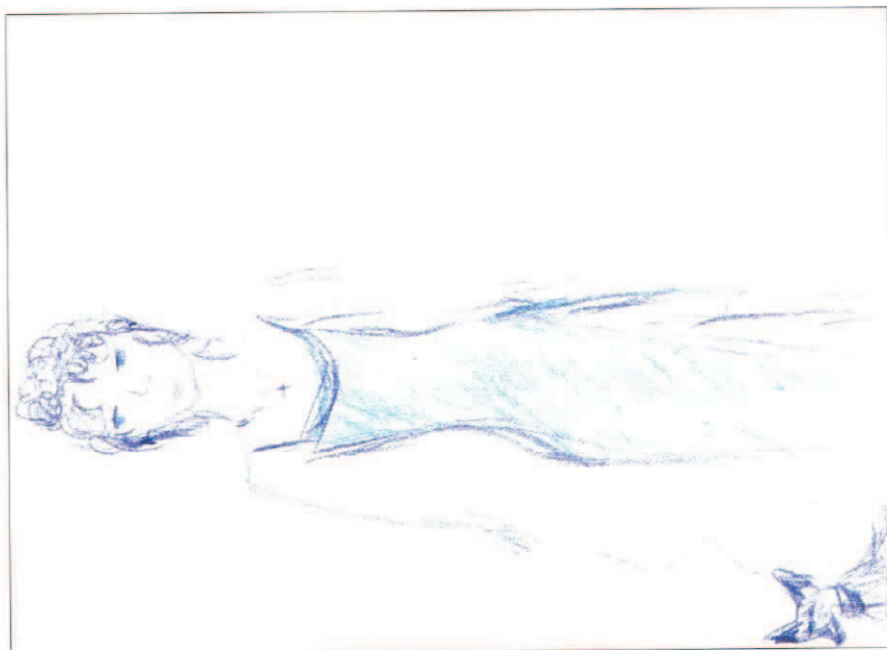
Rysunek 1



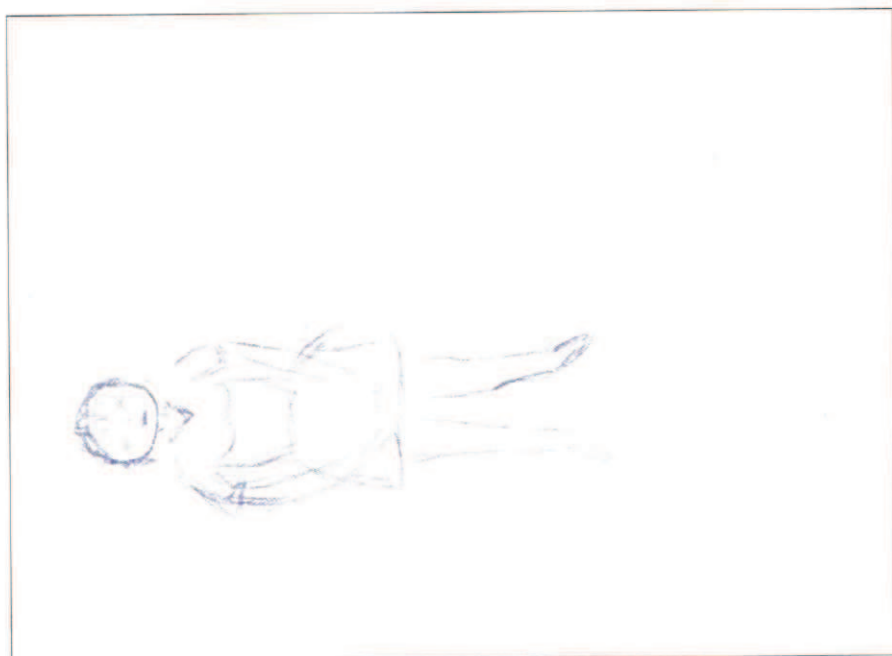
Rysunek 3



Rysunek 4



Rysunek 6



Rysunek 5