

JOANNA B. GRASEWICZ

Wpływ zaburzonego wizerunku ciała na powstawanie zaburzeń odżywiania się

The Influence of Disturbed Body Image on the Formation of Eating Disorders

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Powiecie Warszawskim Zachodnim

A – koncepcja i projekt badania; B – gromadzenie i/lub zestawianie danych; C – analiza i interpretacja danych; D – napisanie artykułu; E – krytyczne zrecenzowanie artykułu; F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Istnieje kilka definicji opisujących istotę zaburzeń odżywiania się. Zaburzenia odżywiania można podzielić na specyficzne, takie jak *anorexia nervosa* oraz *bulimia nervosa*, i niespecyficzne, nie do końca zbadane, do których należą m.in. ortoreksja, *bigorexia nervosa*, zespół gwałtownego objadania się oraz zespół jedzenia nocnego. Przyczyny występowania zaburzeń odżywiania mogą być wewnętrzne (indywidualne cechy i predyspozycje jednostki, jej wrażliwość na doświadczenia z przeszłości, zwłaszcza z okresu dzieciństwa i dorastania) lub zewnętrzne, związane z uwarunkowaniami kulturowymi, rodziną i innymi czynnikami społecznymi. Ważnym elementem mającym wpływ na występowanie tej choroby, mogącym mieć źródło zarówno w wewnętrznych, jak i zewnętrznych czynnikach zaburzeń odżywiania, jest niewłaściwy wizerunek własnego ciała. Artykuł wyjaśnia, czym jest wizerunek własnego ciała oraz omawia czynniki powodujące zniekształcenie jego obrazu i jak ta sytuacja może przyczynić się do powstania i rozwoju zaburzeń odżywiania się. Postrzeganie siebie oraz wyobrażenie o sobie przekłada się na sposób odżywiania. Jedzeniem można w ten sposób „regulować” atrakcyjność fizyczną lub też pracować nad swoim wizerunkiem, zamiast skupić się na innych psychologicznych aspektach, których odkrycie, tzw. zwiększenie samoświadomości, mogłoby doprowadzić do uregulowania zachowań żywieniowych i ukształtowania właściwych nawyków odżywiania (Piel. Zdr. Publ. 2016, 6, 4, 315–322).

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, zaburzenie wizerunku ciała, czynniki społeczno-kulturowe.

Abstract

There are several definitions describing the essence of eating disorders. Eating disorders can be divided into specific ones and non-specific ones. The best-known specific disease entities are *anorexia nervosa* and *bulimia nervosa*. The non-specific, still to be examined, include such eating disorders as *orthorexia*, *bigorexia nervosa*, binge eating disorder, night eating syndrome. The causes of eating disorders can be either internal ones – characteristics and predispositions of an individual and his or her sensitivity to the experiences of the past, especially childhood and adolescence – or external ones, related to culture, family and other social factors. An important element influencing the incidence of eating disorders, having its source in both the internal and external factors of eating disorders, is the wrong image of one's own body. The article explains the notion of image of one's own body, discusses the factors causing distortion of the body image and how it can contribute to the emergence and development of eating disorders. The way an individual perceives himself or herself, and his or her self-image is reflected in the nutrition habits. An act of eating can thus be used to adjust one's physical attractiveness, or to work on one's self-image instead of focusing on other psychological aspects, discovery of which, also called an increase of self-awareness, could lead to regulation of one's eating behaviour and formation of appropriate nutrition habits (Piel. Zdr. Publ. 2016, 6, 4, 315–322).

Key words: eating disorders, the body image disorder, socio-cultural factors.

Od przełomu XX i XXI w. można zaobserwować występowanie dwóch zjawisk: z jednej strony jest kreowany ideał szczupłej sylwetki, współcześnie rozumianej jako pięknej, z drugiej natomiast obserwuje się zwiększenie występowania nadwagi i otyłości. Obydwie skrajności mogą być niebezpieczne dla zdrowia i życia człowieka oraz prowadzić do występowania zaburzeń odżywiania się.

Wnioski pochodzące z badań epidemiologicznych z ostatnich kilkunastu lat dowodzą, że nastąpił wzrost zachorowań wśród młodzieży oraz młodych dorosłych na zaburzenia odżywiania się. Zwiększył się również zakres dotyczący wieku oraz aspektu demograficznego i społeczno-ekonomicznego. Coraz częściej odnotowuje się zaburzenia odżywiania u mężczyzn. Ciekawym zagadnieniem dla badaczy stają się nowe, nie do końca jeszcze zbadane, zaburzenia związane ze sposobem odżywiania się [1].

Istnieje kilka definicji opisujących te zaburzenia. Może to być sposób odżywiania, który jest szkodliwy dla zdrowia jednostki [2] lub nieumiejętność w zauważaniu u siebie fizycznego stanu głodu oraz sytości [3]. Zaburzenia odżywiania polegają na posiadaniu niewłaściwego wzorca odżywiania, co skutkuje m.in. spożywaniem nadmiernych lub niewystarczających ilości pokarmu, które mają negatywny wpływ nie tylko na funkcjonowanie organizmu, ale także na relacje społeczne, sferę uczuć oraz wielopłaszczyznowy rozwój jednostki [4]. Zaburzenia odżywiania występują, gdy jednostka wykazuje niewłaściwe zachowania w kierunku sposobu, ilości oraz częstości spożywania jedzenia, a także jakości żywności i towarzyszących temu emocji [3].

Zaburzenia odżywiania można podzielić na specyficzne i niespecyficzne. Do pierwszej grupy należą: *anorexia nervosa* oraz *bulimia nervosa*, a także ich formy atypowe, których kryteria występowania zostały opisane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10) i klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Drugą grupą są zaburzenia, które charakteryzują inne zachowania w stosunku do żywności. Kategoria nieokreślonych zaburzeń odżywiania (wg DSM-V) to inaczej zaburzenia, które nie spełniają warunków występujących przy określonych zaburzeniach odżywiania. Trwają nad nimi badania w celu ustalenia właściwych kryteriów klasyfikacyjnych.

Do innych nietypowych zaburzeń odżywiania się należą: ortoreksja, bigoreksja nervosa, zespół gwałtownego objadania się oraz zespół jedzenia nocnego.

Niespecyficzne zaburzenia odżywiania się

Ortoreksja

Orthorexia nervosa została opisana w 1997 r. przez lekarza Stevena Bratmana. W dzieciństwie cierpiał na alergię, dlatego zalecono, żeby z jego diety usunąć produkty mleczne i pszenne. Z czasem sam przez eliminację różnych produktów starał się skomponować idealną dietę zapewniającą zdrowie oraz ochronę przed chorobami. Bardzo dużo czasu poświęcał na przygotowywanie odpowiednich dań. Wybierał tylko produkty ekologiczne. Zaczął izolować się od bliskich osób – nie zgadzał się na jedzenie tego, co oni. Takie funkcjonowanie doprowadziło do obsesji koncentrującej się wokół zdrowego jedzenia.

Pojęcie ortoreksja z języka greckiego oznacza: *orto* – prawidłowy i *oreksis* – pożądanie, apetyt. W języku polskim oznacza obsesję na punkcie zdrowego żywienia lub jakości konsumowanej żywności. Osoba chora przykładą ogromną wagę do jakości spożywanego pożywienia [1]. U podstawy zaburzeń występuje lęk przed zjedzeniem nieodpowiedniej żywności, który może doprowadzić do rozwoju choroby. Właściwa dieta ma za zadanie spowalniać procesy starzenia się organizmu, a także poprawiać jakość życia oraz wypełnić pustkę życiową. Życie osób cierpiących na to zaburzenie skupia się wokół zdrowego żywienia, które staje się życiową filozofią. Całkowicie rezygnują z wybranych, uznanych za niezdrowe i nieodpowiednie produktów spożywczych, a tym samym mogą doprowadzić do poważnych niedoborów składników odżywczych, mineralnych i witamin. Skutkiem tego mogą być niebezpieczne zmiany w organizmie oraz zaburzenia głównych szlaków metabolicznych, a w rezultacie powstanie depresji lub innych chorób psychicznych. Po spożyciu „zdrowego” posiłku jednostka rozważa jego przydatność zdrowotną. Zjedzenie „nieczystego” pożywienia jest związane z wyrzutami sumienia, poczuciem winy i strachem. Jednocześnie osoba taka odczuwa przewagę nad tymi, którzy odżywiają się w sposób nieprzemyślany i nieprawidłowy. Takie funkcjonowanie prowadzi również do odizolowania się od społeczeństwa [4].

Bigoreksja

Innym niespecyficznym zaburzeniem jest bigoreksja. Określenie to po raz pierwszy zostało użyte przez amerykańskiego psychiatrę Harrisona Pope w 1997 r. Inna nazwa to dysmorfia mięśniowa lub kompleks Adonisa. Bigoreksję charakteryzują na-

stępujące kryteria diagnostyczne (wg DSM-V-TR, APA 2000):

- występowanie społecznego odosobnienia spowodowane wewnętrznym przymusem wykonywania intensywnych ćwiczeń, znacznie przekraczających potrzeby organizmu,
- występowanie niepokoju związanego z publicznym pokazywaniem ciała, a także unikanie zdarzeń i aktywności wymagających jego eksponowania,
- obsesyjna koncentracja na ciele, która wpływa na sferę zawodową i społeczną,
- nieprzerwywanie czynności związanych z osiągnięciem ideału, nawet gdy ma to wpływ na zdrowie.

Osoba chora na bigoreksję dąży do posiadania idealnego ciała, czyli szczupłego i bardziej umięśnionego. Aby uzyskać taki wygląd, intensywnie trenuje oraz stosuje odpowiednią dietę, której ściśle przestrzeganie może skutkować zaburzeniami odżywiania się. Z pojęciem „idealnego Ja” jest związana wiara w lepsze życie: pracę, relacje międzyludzkie lub związki. Celem nie jest zwiększenie sprawności fizycznej, ale masy mięśniowej. Może to prowadzić do niebezpiecznego dla zdrowia przerostu mięśni [5]. Jednostka wspomaga się również odpowiednimi odżywkami przyspieszającymi przyrost masy mięśniowej [4]. Obsesja dotycząca posiadania umięśnionego ciała i niemożliwość przerwania wykonywanych ćwiczeń mogą być silnym uzależnieniem [6]. Osoba cierpiąca na bigoreksję ma zniekształcony obraz ciała – postrzega je jako mniej umięśnione i atrakcyjne niż jest w rzeczywistości [7].

Stosowanie steroidów, zbyt intensywne ćwiczenia oraz dieta niskotłuszczowa mogą być przyczyną obniżenia stężenia testosteronu w organizmie i powodować problemy z impotencją oraz płodnością, a także uszkodzenie wątroby, nerek, zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, przerost prostaty, łysienie, zmiany skórne, a w sferze psychicznej depresję lub myśli samobójcze [6].

Osobę cierpiącą na bigoreksję charakteryzuje perfekcjonizm, lęk przed dojrzałością. Źródłem tego zaburzenia są uwarunkowania osobowościowe, społeczno-kulturowe i rodzinne [5].

Zespół gwałtownego objadania się

Kolejnym niespecyficznym zaburzeniem odżywiania jest zespół gwałtownego objadania się. Inaczej zaburzenie to określa się jako zespół kompulsywnego objadania się albo zespół napadowego objadania się [5], który można diagnozować na podstawie [8]:

- powtarzających się stanów objadania, które występują w czasie krótszym niż 2 godziny, przy czym jednostka spożywa takie ilości pożywienia, które prawidłowo odżywiający się osoby nie zdo-

łąłyby skosztować; towarzyszy temu utrata kontroli nad ilością spożywanego jedzenia i możliwością przerwania jedzenia;

- napadowej czynności jedzenia, która występuje 2 razy w tygodniu w czasie 6 miesięcy;
- niespełnienia kryteriów diagnostycznych dla bulimii i anoreksji.

Utrata kontroli podczas spożywania żywności może dotyczyć: czynności jedzenia, która jest wykonywana szybciej niż to wskazane; nieprzerwywania konsumpcji aż do chwili pojawienia się nieprzyjemnych objawów ze strony żołądka; spożywania zbyt dużej ilości pokarmu przy braku fizycznego odczucia głodu. Chora osoba przechodzi napady spożywania żywności w samotności, a po ich zakończeniu zmaga się z poczuciem winy lub stanami depresyjnymi.

Napady obżarstwa są formą wyrażania emocji, zmniejszania napięcia nerwowego lub służą do wypełnienia pustki emocjonalnej [5]. Charakterystyczne dla tego zaburzenia jest to, że jednostka jest uzależniona od czynnika zewnętrznego, jakim jest żywność, dlatego polepsza sobie nastrój przez poddanie się nałogowi [9].

Zespół jedzenia nocnego

Wśród nietypowych zaburzeń odżywiania można wyodrębnić zespół jedzenia nocnego (*night eating syndrome* – NES). W klasyfikacji DSM-V zaklasyfikowano go do parasomnii NREM (*non-rapid eye movement*), a klasyfikacja ICD-10 nie wyróżnia tego zaburzenia. Po raz pierwszy tego określenia użyto w 1955 r. w stosunku do chorych na otyłość. Zaburzenie to charakteryzuje się bezsennością występującą 3 razy w tygodniu lub częściej, nadmiernym odczuwaniem głodu wieczorem (co prowadzi do spożycia minimum połowy dziennej porcji jedzenia po godz. 19) oraz porannym głodem, zwanym poranną anoreksją [10]. Przyczyny występowania zespołu jedzenia nocnego nie zostały do końca zbadane. Wśród nich wyróżnia się podłoże genetyczne, stres lub zgodnie z podejściem psychodynamicznym problemy w relacji dziecka z matką. Do innych zaburzeń, które mogą mieć wpływ na jego występowanie należą: zespół niespokojnych nóg (*restless leg syndrome* – RLS), obstrukcyjny bezdech senny (*obstructive sleep apnea* – OSA), a także zespół okresowych ruchów kończyn (*periodic limb movement disorder* – PLMD) [11]. Nocne jedzenie jest formą spełniania nieujawnianych pragnień i marzeń, ale również wypełniania pustki i beznadziei. Może być również źródłem ulgi i odprężenia. Występowaniu tego zaburzenia towarzyszą poczucie winy, wstyd, niepanowanie nad czynnością jedzenia, obniżony, depresyjny nastrój, niska samoocena oraz lęk [10].

Najczęściej są spożywane produkty mające dużą zawartość węglowodanów, których rolą jest polepszenie samopoczucia przez zwiększenie stężenia serotoniny we krwi [12].

Czynniki mające wpływ na powstawanie zaburzeń odżywiania się

Istnieje wiele przyczyn powstawania zaburzeń odżywiania. Można je podzielić na zewnętrzne (np. uwarunkowania kulturowe, funkcjonowanie rodziny lub wpływy różnych grup społecznych) oraz wewnętrzne, takie jak indywidualne cechy i predyspozycje jednostki, doświadczenia z przeszłości, zwłaszcza z okresu dzieciństwa i dorastania. Obydwie grupy czynników mogą przyczynić się do ukształtowania niewłaściwego obrazu ciała będącego przyczyną występowania zaburzeń odżywiania się.

Uwarunkowania kulturowe

W mediach jest promowany kult idealnego, szczupłego ciała. Jego posiadanie dotyczy już nie tylko kobiet, ale również mężczyzn i młodzieży. Niemożliwy i często nierzeczywisty ideał współcześnie rozumianego piękna zwiększa krytycyzm i niezadowolenie jednostek wobec własnego obrazu ciała. Ideał szczupłej sylwetki symbolizuje atrakcyjność, sukces, większą wartość, zdrowie, silną wolę oraz wyższy status w społeczeństwie. Media często pokazują osoby szczupłe jako przedsiębiorcze, atrakcyjne seksualnie, nowoczesne, towarzyskie, mające partnerów oraz szczęśliwe. Nieodściągiony ideał sprawia, że wiele kobiet zaczyna krytycznie patrzeć na swoje ciało.

Osoby z niskim poczuciem wartości, których pragnienia emocjonalne są niespełnione, mogą łatwo przyjąć promowane w społeczeństwie hasła, takie jak szczupła znaczy seksowna, szczęśliwa i spełniona [13].

Obecnie zwraca się bardzo dużą uwagę na aspekt cielesności. Dużą rolę odgrywa ideologia wellness promująca aktywność fizyczną, dbanie o ciało oraz świadome, ekologiczne odżywianie się [14]. Powstaje coraz więcej siłowni, z których konsumenci korzystają w celu zdrowotnym, polepszenia kondycji fizycznej, zmiany wyglądu czy też spełnienia różnych potrzeb psychologicznych, m.in. zwiększenia poczucia własnej wartości lub samorealizacji [15]. Stosowanie różnych, występujących na rynku diet, środków odchudzających lub zwiększających masę mięśniową oraz nieodpowiednie i nadmierne ćwiczenia fizyczne mogą prowadzić do występowania zaburzeń odżywiania się [16].

Środki masowego przekazu promują również ideał męskiej sylwetki – szczupłej oraz mającej odpowiednią masę mięśniową, co może skutkować zwiększeniem występowania zaburzeń odżywiania się u mężczyzn [17].

Społeczeństwo wzmacnia i ugruntowuje współczesne symbole piękna za pośrednictwem środków masowego przekazu, rodziny lub grup rówieśniczych [18].

Model rodziny

Sposób funkcjonowania rodziny może przyczynić się do wystąpienia zaburzenia odżywiania, a objaw tego zaburzenia może być czynnikiem podtrzymującym jej funkcjonowanie [19]. W rodzinach takich najczęściej występują niezdrowe zależności, sztywność, nieumiejętność wyrażania uczuć, rozstrzygania konfliktowych sytuacji, stawiania granic oraz obciążanie dziecka odpowiedzialnością za problemy rodziców. Dziecko nadmiernie kontrolowane przez matkę będzie mogło znaleźć przestrzeń „wolności” w odmawianiu jedzenia, wymiotach czy przeczyszczaniu [20]. Z drugiej strony jednostka musi charakteryzować się fizjologiczną podatnością na zachorowalność na zaburzenia odżywiania.

Każda rodzina stanowi pewien system, którego członkowie na podstawie sprzężenia zwrotnego wzajemnie na siebie oddziałują. Zaburzenia funkcjonowania systemu wpływają na niego jako na całość. Objawy zaburzeń odżywiania mogą pełnić funkcję homeostatyczną lub być czynnikiem prowokującym zmianę. Tak rozpatrywane zaburzenia nie są efektem działania systemu, tylko jednym z jego elementów [19].

Cechy indywidualne jednostki

Ważnym aspektem mogącym mieć wpływ na występowanie zaburzeń odżywiania są cechy indywidualne jednostki. Należą do nich: perfekcjonizm, pracoholizm, niskie poczucie własnej wartości, wygórowane ambicje, zamknięcie w sobie, podatność na stany lękowe, ale również skłonność do poświęceń i pomocy innym [21]. Osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania się restrykcyjnie kontrolują ilość, jakość oraz częstość spożywanego jedzenia. Zachowaniom tym towarzyszą natrętne myśli skupiające się wokół jedzenia i żywności [22].

Z punktu widzenia psychologicznego chorzy cierpiący na anoreksję są nadmiernie zaniepokojeni wyglądem swojego ciała (kształtem i masą ciała), mają niskie poczucie własnej wartości oraz obniżony, depresyjny nastrój [21].

Osoby takie charakteryzuje myślenie dychotomiczne, łatwo wpadają w skrajności, często izolują

się od rówieśników i grup społecznych, czując się wśród innych zagrożone [21]. Występowaniu zaburzeń odżywiania często towarzyszy silne przeżywanie poczucia winy, często wywołane przez różne trudności lub nieefektywność w podejmowanych działaniach [23].

Niewłaściwy obraz własnego ciała

Lata 20. XX w. można uznać za początki zainteresowania tematyką cielesności. Związane są z osobą Paula Schildera, który określił, że obraz ciała nie stanowi jedynie sposobu indywidualnego postrzegania jednostki, ale odzwierciedla również postawy wobec ciała i interakcje zachodzące z innymi osobami [24]. Postrzeganie własnego ciała zmienia się w ciągu życia i mają na to wpływ różne doświadczenia jednostki oraz napływające do niej informacje [25].

Pojęcie wizerunku ciała składa się z 3 aspektów: poznawczego, behawioralnego i afektywnego [26]. Wizerunek ciała zależy zatem od otoczenia, nastroju oraz subiektywnego zdania jednostki na swój temat. W tym rozumieniu bierze się pod uwagę nie tylko wygląd zewnętrzny, ale to, jak dana osoba, w sposób subiektywny, odbiera lub interpretuje siebie [27]. Wizerunek ciała może zmieniać się pod wpływem emocji, oddziałując na zachowanie oraz samoocenę. Sposób, w jaki dana osoba postrzega swoje ciało, oraz to, jakie rodzą się przy tym emocje, może mieć przełożenie na plany i decyzje życiowe, jakość i poziom zadowolenia z życia [28].

W podejściu psychoanalitycznym uważa się, że obraz ciała zaczyna powstawać już we wczesnych etapach życia. Odpowiednie przejście okresu indywidualizacji dziecka względem matki, w którym postrzega, że jest odrębną jednostką, skutkuje powstaniem prawidłowej „struktury Ja” oraz obrazu ciała. Nieprawidłowe przeżycie tego okresu jest natomiast uznawane za jedną z przyczyn powstawania zaburzeń odżywiania. Może prowadzić do wykreowania się „zaburzonego Ja” oraz rozbieżności między posiadanymi podsystemami. W takim układzie „Ja cielesne” zajmuje miejsce pierwszoplanowe, przez co tworzy się nieprawidłowy wizerunek własnego ciała [29, 30].

Niewłaściwy obraz własnego ciała a zaburzenia odżywiania się

Jednym z istotnych czynników mających wpływ na powstawanie zaburzeń odżywiania jest niewłaściwy obraz własnego ciała [24, 31].

Klasyfikacja ICD-10 [32] oraz DSM V (2000) w obrazie zaburzeń odżywiania się podaje jako jed-

no z kryteriów diagnostycznych zaburzony obraz własnego ciała. W tej klasyfikacji jednym z warunków występowania jadłowstrętu psychicznego jest zaburzenie wyobrażenia własnego ciała.

Kobiety cierpiące na zaburzenia odżywiania postrzegają rozmiary i kształty własnego ciała w sposób nieadekwatny z rzeczywistością. W ich odbieraniu siebie dominuje obraz ciała, czyli odwrotnie niż w przypadku osób zdrowych, których ciało nie stanowi wartości nadrzędnej w stosunku do całości osoby. Wyniki badań [33] dowodzą, że u kobiet cierpiących na bulimię występował brak akceptacji własnego ciała oraz nieprawidłowy stosunek do jedzenia i posiadanej masy ciała. Kobiety te wykazywały trudności w uwidacznianiu swojej kobiecości, a także w intymnych relacjach z mężczyznami [33].

Relacje z ojcem mają istotny wpływ na psychikę córki – jej wyobrażenia, uczucia i postawę oraz sposób odbierania siebie samej. Rodzaj emocjonalnej więzi z córką, a także sposób, w jaki jest traktowana mają bardzo ważne znaczenie dla ukształtowania się poczucia własnej wartości i kobiecości. Relacja ta znacząco wpływa na stosunek kobiety do swojego ciała w aspektach: poznawczym (oceny), emocjonalnym (uczucia i emocje) i behawioralnym (np. nawyki żywieniowe). Posiadane przez ojca stereotypy dotyczące kobiet mogą negatywnie wpływać na tożsamość płciową córki. Niedoceniając kobiecości u córki hamuje jej rozwój psychiczny. Brak doświadczenia przyjemności pochodzącej z podobańia się ojcu skutkuje odrzuceniem własnej cielesności w przyszłości. Brak akceptacji własnego ciała prowadzi z jednej strony do nadmiernej czynności związanych z jego poprawianiem lub przeciwnie – do odrzucenia starań związanych z wyglądem. Ojciec zdystansowany i odrzucający córkę nie zapewnia jej właściwych warunków wychowawczych do rozwoju poczucia własnej wartości i przyczynia się do wykształcenia zaburzonego obrazu ciała, a tym samym do przeżywania negatywnych emocji związanych z własną cielesnością. Interesującym wnioskiem płynącym z badań jest to, że najsilniejsze oddziaływanie postaw ojca na percepcję własnego ciała przez córki zachodzi na poziomie emocjonalnym. Wskazuje to na ważność wsparcia emocjonalnego i stabilności emocjonalnej w relacjach rodzicielskich. Córki przyswajają sobie określone wzorce samooceny przez pryzmat doświadczeń emocjonalnych z rodzicami, co jest wyraźnie widoczne przy postrzeganiu własnego wyglądu [28].

Kobiety cierpiące na zaburzenia odżywiania, odczuwające swoje ciało jako obciążenie, podejmują różne aktywności, które dają złudne przekonanie, że wolność znajduje się poza granicami ciała. U podstawy takich przekonań znajduje się

rozbita struktura „systemu Ja”, a przez to patologiczne „Ja cielesne” [34].

W psychologii osobowości zwraca się uwagę na wewnętrzne dialogi rozgrywane się w umyśle jednostki, czyli w „systemie Ja”. Chodzi tutaj o mówienie czegoś do siebie (na głos lub w myślach). Dodatkowo w „systemie Ja” człowieka znajduje się tyle „podsystemów Ja”, ile osób, na których zdaniu szczególnie zależy jednostce [35]. Prekursorami wewnętrznej dialogowości są m.in. Mead, Wygotski i Jung. Ich teorie stanowiły podstawę dla powstania koncepcji „dialogowego Ja” Huberta Hermansa. Zakłada ona, że „dialogowość Ja” jest główną zasadą funkcjonowania jednostki. Dialog wewnętrzny stanowi pewną konfrontację między różnymi głosami, które składają się na sumę doświadczeń [36].

Według Hermansa człowiek wchodzi w dialog z innymi ludźmi, ale również ze sobą samym na płaszczyźnie umysłu. W czasie życia można przyjmując różne role (np. dziecka, rodzica, pracownika) i tworzyć różne obrazy siebie (np. „ja-ofiara”, „ja-perfekcjonista”). Role te oraz obrazy siebie mogą utworzyć tzw. „pozycje (podsystemy) Ja”, stając się przez to uczestnikami dialogów wewnętrznych. Dialogi te funkcjonują w umyśle jako różne wymiany myśli, uczuć i słów. Ich forma lub treść zależy od tego, co się na nie składa [35].

Nieprawidłowy obraz ciała spotykany wśród kobiet cierpiących na anoreksję i bulimię ma również związek z zaburzeniami dotyczącymi wewnętrznej aktywności dialogowej. W zaburzeniach odżywiania „Ja cielesne” jest w opozycji szczególnie w stosunku do „Ja psychicznego”. W rezultacie kobiety cierpiące na zaburzenia odżywiania doświadczają siebie oraz własnego ciała oddzielnie, a nie jako psychologiczną całość [5, 24].

Analizując obraz ciała, można również wziąć pod uwagę poziom zbieżności/rozbieżności, jakimi występuje między obrazem idealnym a obiektywnymi cechami. Doświadczenia intrapsychiczne oraz interpersonalne dotyczące własnego ciała kształtują jego wewnętrzny obraz oraz postawę wobec niego, wpływając na samoocenę jednostki [37].

Dysmorfofobia

Dysmorfofobia (*body dysmorphic disorder* – BDD) jest jednostką chorobową, którą charakteryzuje indywidualne odczuwanie bycia brzydkim

lub subiektywne uznanie, że posiada się defekt widziany przez innych [38]. Choroba ta o podłożu psychicznym jest rodzajem obsesji wokół postrzeżanego braku w wyglądzie zewnętrznym, często nieistotnego dla zdrowych osób [9].

Dysmorfofobia należy do odmiany nerwicy kompulsywnej (Kraepelin 1978) [38]. Można ją również określić jako manię wstydu na temat własnego ciała (Janet 1903) [38]. Przy tym zaburzeniu występują natrętne myśli wokół subiektywnej odbieranej wady fizycznej. Jednostka zaczyna się izolować od innych osób, towarzyszą jej depresja i myśli samobójcze [9]. W badaniach zaobserwowano występowanie silnego lęku przed stanieniem się brzydkim lub/i zabawnym [38].

Wyniki badań klinicznych dowodzą, że wśród osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się występuje także dysmorfofobia [39]. Zaburzenia obrazu ciała są fundamentem występowania zaburzeń odżywiania. Pierwotne cechy dysmorfofobii są zwykle powiązane z zaburzeniami żywieniowymi. Zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku osoby chore zwracają nadmierną uwagę na wygląd zewnętrzny oraz występuje u nich myślenie nadwartościowe. Najczęściej występują zniekształcona ocena siebie, przymus kontroli, a także niezadowolenie i zniechęcenie [39].

Podsumowanie

Zaburzenia odżywiania to ważny problem współczesnego społeczeństwa. Należą do ciekawego zagadnienia wśród klinicystów, dietetyków, epidemiologów oraz specjalistów zdrowia publicznego. Jest to szeroki i przyszłościowy obszar badań naukowych, zwłaszcza z powodu pojawiających się nowych form zaburzeń odżywiania oraz towarzyszących im aspektów, stanowiących również formę odpowiedzi na sposób funkcjonowania jednostki we współczesnym świecie [1]. Dlatego z jednej strony bardzo ważne jest kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych oraz profilaktyka zdrowotna polegająca m.in. na spożywaniu właściwego, bogatego w potrzebne dla organizmu składniki pożywienia. Z drugiej strony istotne jest również dbanie o zdrowie psychiczne: umiejętność samopoznania, radzenia sobie z emocjami oraz jeśli istnieje taka potrzeba, przepracowanie przeszłości, aby zwiększyć jakość życia.

Piśmiennictwo

- [1] Janas-Kozik M., Zejda J., Stochel M., Brożek G., Janas A., Jelonek I.: Ortoreksja – nowe rozpoznanie? *Psychiatr.* Pol. 2012, 46, 3, 441–450.
- [2] Barnhill J.W., Taylor N.: *A jeśli to... zaburzenia odżywiania*. Wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa 2001.
- [3] Michałek D.Z.: *Anoreksja czy bulimia?* Wyd. ARC-EN-CIEL, Centrum Terapii Zaburzeń Łaknienia, Kraków 2001.

- [4] **Weber M., Ziółkowska B.:** Czynniki psychospołeczne jako determinanty sposobu żywienia. [W:] Żywnienie człowieka a zdrowie publiczne. Red.: Gawęcki J., Roszkowski W. Wyd. PWN, Warszawa 2009.
- [5] **Brytek-Matera A.:** Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym. Wyd. Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2008.
- [6] **Jarosz A.:** Bigoreksja – niebezpieczna moda. http://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/nalogi/bigoreksja-niebezpieczna-moda_33696.html (data dostępu: 27.04.2016).
- [7] **Pope H.G. Jr., Phillips K.A., Olivardia R.:** The Adonis complex: the secret crises of male body obsession. Free Press, New York 2000.
- [8] **Apfeldorfer G.:** Anoreksja, otyłość, bulimia. Wyd. Książnica, Katowice 1999, 49.
- [9] **Craggs-Hinton Ch.:** Jak radzić sobie z zaburzeniami jedzenia. Wyd. JK, Łódź 2008.
- [10] **Jakuszkowiak K., Cubala W.J.:** Zespół nocnego jedzenia. *Psychiatria* 2004, 1, 2, 107–111.
- [11] **Ocampo J., Foldvary N., Dinner D., Golish J.:** Sleep-related eating disorder in fraternal twins. *Sleep Med.* 2002, 3, 525–526.
- [12] **O'Reardon J.P., Stunkard A.J., Allison K.C.:** Clinical trial of sertraline in the treatment of night eating syndrome. *Int. J. Eating Disord.* 2004, 35, 16–26.
- [13] **Głębocka A.:** Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi. Wyd. Impuls, Kraków 2009.
- [14] **Maj A.:** Wizyty w SPA – nowy rodzaj wypoczynku w Polsce? [W:] Homo kreator czy homo ludens? Twórcy – internauci – podróżnicy. Red.: Muszyński W., Sokołowski M. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2008.
- [15] **Bazuń D.:** Po co się tak męczyć? Czynniki motywujące do aktywności w klubach fitness. Komunikat z badań. *Rocznik Lubuski* 2013, 39, 1.
- [16] **Stecker-Bryczkowska D.:** Kultura popularna a kształtowanie się tożsamości własnego ciała u dzieci: warunki powstawania *anorexia nervosa*. [W:] Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji. Red.: Suchańska A. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000.
- [17] **Dudek J.:** Indywidualne czynniki ryzyka w zaburzeniach odżywiania u mężczyzn. [W:] Zaburzenia odżywiania się: wybór zagadnień: publikacja konferencyjna. Red.: Plezia G., Jastrzębska J. Wyd. Danmar, Warszawa 2007.
- [18] **Romaszko J.:** Wpływ stereotypów dotyczących wyglądu zewnętrznego na kobiety. [W:] Zaburzenia odżywiania się: wybór zagadnień: publikacja konferencyjna. Red.: Plezia G., Jastrzębska J. Wyd. Danmar, Warszawa 2007.
- [19] **Józefik B., Ułasińska R.:** Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się. [W:] Anoreksja i bulimia psychiczna: rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Red.: Józefik B. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
- [20] **Wąsik-Sibrecht M.:** Transgeneracyjne uwarunkowania zaburzeń odżywiania. Rola zniekształceń poznawczych i przekonań nieadaptacyjnych w rozwoju i utrzymywaniu się zaburzeń odżywiania. [W:] Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji. Red.: Suchańska A. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000.
- [21] **Wolska M.:** Cechy indywidualne pacjentów z zaburzeniami odżywiania się. [W:] Anoreksja i bulimia psychiczna. Red.: Józefik B. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
- [22] **Maryl M.:** Cechy osobowości osób z zaburzeniami odżywiania się. [W:] Zaburzenia odżywiania się: wybór zagadnień: publikacja konferencyjna. Red.: Plezia G., Jastrzębska J. Wyd. Danmar, Warszawa 2007.
- [23] **Ogińska-Bulik N.:** Psychologia nadmiernego jedzenia. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004.
- [24] **Schier K.:** Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2010.
- [25] **Kowalik S.:** Ja-cielesne – próba nowego spojrzenia. *Pol. Forum Psychol.* 2003, 8(1–2), 5–29.
- [26] **Cash T.F., Pruzinsky T.:** Future challenges for body image theory, research, and clinical practice. [In:] *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. Eds.: Cash T.F., Pruzinsky T. Guilford Press, New York 2002b, 509–510.
- [27] **Gardner D.M.:** The 1997 body image survey results. *Psychology Today* 2004, 30, 31–32.
- [28] **Krok D., Rychtarczyk K.:** Wpływ relacji z ojcem na percepcję wizerunku ciała u kobiet w wieku późniejszej adolescencji. [W:] *Rodzina w nurcie współczesnych przemian. Studia interdyscyplinarne*. Red.: Krok D., Landwójtowicz P. Uniwersytet Opolski, Opole 2010, 231–253.
- [29] **Izydorczyk B., Bieńkowska N.:** Obraz Ja cielesnego – wybrane teoretyczne wątki rozumienia psychologicznych mechanizmów zjawiska. Część I. *Probl. Med. Rodz.* 2008, 25(4), 52–58.
- [30] **Izydorczyk B., Bieńkowska N.:** Obraz Ja cielesnego – wybrane teoretyczne wątki rozumienia psychologicznych mechanizmów zjawiska. Część II. *Probl. Med. Rodz.* 2009, 26(1), 51–54.
- [31] **Brytek-Matera A.:** (Nie)świadomość doznań płynących z ciała u osób z zaburzeniami odżywiania. [W:] *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała*. Red.: Brytek-Matera A.: Wydawnictwo Difin, Warszawa 2010, 66–86.
- [32] **Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 2000.**
- [33] **Mirucka B.:** Kwestionariusz Ja Cieleśnego (Skala J-C). *Przegl. Psychol.* 2005, 48(3), 313–329.
- [34] **Mioduchowska A.:** Obraz własnego ciała a wewnętrzna aktywność dialogowa u kobiet z zaburzeniami odżywiania. [W:] *Studia z psychologii w KUL*. Red.: Gorbaniuk O., Kostrubiec-Wojtachnio B., Musiał D., Wiechetek M. Wyd. KUL, Lublin 2012, tom 18, 175–192.
- [35] **Oleś P.K., Hermans H.J.H.:** The dialogical self: theory and research. Wyd. KUL, Lublin 2005.
- [36] **Hermans H.J.M., Kempen H.J.G., Van Loon R.J.P.:** The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist* 1992, 47(1), 23–33.

- [37] **Talarczyk M., Nowakowska I.:** Praca skoncentrowana na ciele jako jedna z metod terapii pacjentek z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego – doświadczenia kliniczne. *Psychoterapia* 2013, 1(164), 43–54.
- [38] **Rabe-Jabłońska J., Wojtczak K.:** Dymorfofobia. Kryteria diagnostyczne, etiologia, rozpowszechnienie, obraz kliniczny, przebieg i leczenie. *Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.* 2006, 6, 1, 42–49.
- [39] **Rabe-Jabłońska J.:** Dymorfofobia. Obraz kliniczny, kryteria rozpoznawania, rozpowszechnienie, przebieg, leczenie. *Psychiatr. Pol.* 1998, 32, 133–142.

Adres do korespondencji:

Joanna B. Grasewicz
ul. Anieli Krzywoń 4 m. 23
01-391 Warszawa
e-mail: joannagrasewicz@gmail.com

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 29.04.2016 r.

Po recenzji: 1.08.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 17.08.2016 r.

Received: 29.04.2016

Revised: 1.08.2016

Accepted: 17.08.2016