

## Postawy wobec ciała a obraz samych siebie u kobiet z zaburzeniami odżywiania się. Badania na gruncie teorii rozbieżności Ja – Edwarda Tory Higginsa\*

### Body attitudes and self-representation in women with eating disorders. Research based on Edward Tory Higgins' self-discrepancy theory

Anna Brytek-Matera

Instytut Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach  
Kierownik: dr hab. M. Górnik-Durose

#### Summary

**Aim.** The purpose was to evaluate the relationship between negative body-related attitudes and self-representation among patients with anorexia and bulimia nervosa.

**Method.** A sample of 33 female anorexic, 38 female bulimic and 40 female students without eating disorders participated in present study. We used The Figure Rating Scale (Stunkard et al., 1983) and the Body Attitude Test (Probst et al., 1995).

**Results.** The results showed that there are statistically significant differences in the ideal self, the ought self, actual-ideal discrepancy, actual-ought discrepancy, negative appreciation of body size, lack of familiarity with one's own body and general body dissatisfaction in the three examined groups. The results also indicate that the negative appreciation of body size and general body dissatisfaction are associated with actual-ideal discrepancy and actual-ought discrepancy in both groups of eating disordered patients.

**Conclusion.** Anorexia and bulimia nervosa are related to self-discrepancies as well as negative body-related attitudes.

**Słowa kluczowe:** obraz siebie, obraz ciała, zaburzenia odżywiania się

**Key words:** self-representation, body image, eating disorders

#### Wstęp

Zgodnie z założeniami Higginsa [1, 2] stany Ja<sup>1</sup> opisywane są w dwóch wymiarach: przedmiotowym – odnoszącym się do treści tworzących dany stan Ja, oraz podmiotowym – dotyczącym perspektywy, z jakiej człowiek określa treść danego stanu Ja.

<sup>1</sup>Jak podaje Waclaw Bąk [2], Higgins traktuje Ja jako element wiedzy osobistej człowieka – strukturę poznawczą, skupioną wokół doświadczeń związanych z własną osobą.

\* Badanie nie było sponsorowane.

W aspekcie przedmiotowym autor wyróżnia trzy obszary Ja: Ja realne (aktualne), Ja idealne i Ja powinnościowe. W aspekcie podmiotowym zakłada, że sądy o Ja mogą być oceniane z osobistego punktu widzenia – człowiek ma wówczas własne wyobrażenia i przekonania o sobie, bądź też z punktu widzenia innych osób – dysponuje wtedy wyobrażeniami na temat tego, jak jest spostrzegany i oceniany przez inne, znaczące dla niego, osoby. Należy podkreślić, że ten aspekt Ja nie dotyczy rzeczywistych przekonań i ocen osób znaczących (rodziców, rodzeństwa, małżonka, przyjaciół), a jedynie wyobrażeń, jak się jest spostrzegana/nym i oceniana/nym (wyobrażenia te nie muszą pokrywać się z prawdą). System Ja może składać się z sześciu stanów Ja: Ja realne formułowane z perspektywy własnej, Ja realne formułowane z perspektywy osób znaczących, Ja idealne formułowane z perspektywy własnej, Ja idealne formułowane z perspektywy osób znaczących, Ja powinnościowe formułowane z perspektywy własnej i Ja powinnościowe formułowane z perspektywy osób znaczących.

Tabela 1. Stany Ja według teorii Higginsa [1, 3]

Stany Ja – wymiar przedmiotowy	Wymiar Ja – wymiar podmiotowy	
	Perspektywa własna /własny punkt widzenia	Perspektywa osób znaczących /punkt widzenia innych osób
Ja realne (aktualne)	Reprezentacje poznawcze cech, które zgodnie z własnym przekonaniem człowieka aktualnie go charakteryzują	Reprezentacje poznawcze cech, które zgodnie z przekonaniem człowieka inni mu przypisują
Ja idealne	Reprezentacje poznawcze cech, którymi człowiek chciałby się charakteryzować	Reprezentacje poznawcze cech, o których człowiek jest przekonany, że inni ludzie chcieliby, aby się nimi charakteryzował
Ja powinnościowe	Reprezentacje poznawcze cech, którymi człowiek, zgodnie z własnymi przekonaniem, powinien się charakteryzować	Reprezentacje poznawcze cech, o których człowiek jest przekonany, że zdaniem innych powinien je mieć

Według teorii Higginsa (*self-discrepancy theory*) istnieją dwa rodzaje relacji, jakie występują pomiędzy stanami Ja: pierwszy dotyczy rozbieżności w zakresie Ja realnego i Ja idealnego, tj. rozbieżności Ja o charakterze życzeniowym, drugi opisuje różnicę między realną a powinnościową koncepcją siebie, tj. rozbieżność Ja o charakterze powinnościowym [1, 3]. Mała rozbieżność dwóch porównywanych stanów Ja wskazuje na relację podobieństwa, duża zaś świadczy o sprzecznej (przeciwstawnej) treści stanów Ja [2].

Zdaniem Higginsa [2] w wyniku niespójności w systemie poznawczym mogą pojawić się stany emocjonalne, które autor dzieli na dwie grupy: (a) pierwszą stanowią stany nazwane *dejected-related emotions*, na które składają się: smutek, zniechęcenie, niezadowolenie, poczucie nieszczęścia, przykrości, frustracja; (b) do drugiej natomiast, określanej jako *agitation-related emotions*, należą: niepokój, lęk, strach, obawa, napięcie, poczucie winy, zmartwienie. Higgins [2] za najważniejsze uważa rozbieżności między: Ja realnym formułowanym z własnej perspektywy a Ja ideal-

nym formułowanym z własnej perspektywy (człowiek może doświadczać wówczas niezadowolenia i rozczarowania, bądź też frustracji w związku z niezaspokojonymi potrzebami); Ja realnym formułowanym z własnej perspektywy a Ja idealnym formułowanym z perspektywy osób znaczących (człowiek doświadcza uczucia wstydu, przygnębienia, zażenowania oraz zmartwienia w wyniku utraty akceptacji i aprobaty innych osób); Ja realnym formułowanym z własnej perspektywy a Ja powinnościowym formułowanym z własnej perspektywy (człowiek doświadcza poczucia winy, pogardy dla siebie, poczucia niskiej wartości); Ja realnym formułowanym z własnej perspektywy a Ja powinnościowym formułowanym z perspektywy osób znaczących (człowiek doświadcza uczucia lęku, strachu, poczucia zagrożenia).

Wyniki badań pokazują, że wysoki poziom rozbieżności Ja łączy się z emocjonalnym dystresem (obejmującym rozczarowanie i niezadowolenie), poczuciem wstydu, niską samooceną a także z chronicznymi problemami w sferze emocjonalnej (depresja, fobia społeczna), w przypadku zaś nieprawidłowych postaw żywieniowych – z niezadowoleniem z własnego ciała, a także symptomami anoreksji i bulimii psychicznej [4].

Występowanie rozbieżności Ja typu życzeniowego (rozbieżność między realną a idealną koncepcją siebie – formułowaną zarówno z własnej perspektywy, jak i z perspektywy osób znaczących) może wiązać się z pojawieniem się doznań o charakterze depresyjnym: przygnębieniem, zniechęceniem czy smutkiem. Z kolei rozbieżność Ja o charakterze powinnościowym (rozbieżność między realną a powinnościową koncepcją siebie) może aktywować dyskomfort emocjonalny w postaci syndromu chronicznego dystresu obejmującego emocje lękowe [3]. Osoby z wysokim poziomem tego typu rozbieżności funkcjonują, na poziomie emocjonalno-motywacyjnym, mniej optymalnie w porównaniu z osobami o niskim poziomie tej rozbieżności, ponieważ w większym stopniu doświadczają niepokoju, napięcia oraz są bardziej ukierunkowane na unikanie niepowodzenia [3].

Teoria rozbieżności stanów Ja może służyć do wyjaśnienia genezy zaburzeń obrazu ciała [5]. Jak pisze Alicja Głębocka, „negatywne następstwa porównań społecznych w sferze poznawczej i emocjonalnej powstają wskutek porównań z wyobrażonym ideałem. Im większa jest ta rozbieżność, tym wyższy poziom niezadowolenia z własnego ciała i większe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń odżywiania” [5, s. 45].

Wyniki badań dowodzą, że rozbieżność pomiędzy aktualnym a idealnym stanem Ja (niepowodzenie w osiągnięciu osobistych ideałów) związana jest z niezadowoleniem z siebie, co z kolei może objawiać się uczuciem wstydu, niezadowoleniem z własnego ciała i symptomami bulimii. Z kolei rozbieżność pomiędzy realną a powinnościową koncepcją siebie (niemożność sprostania wymogom innych ludzi) jest bardziej związana z poczuciem winy, osobistej nieudolności i objawami jadłowstrętu psychicznego [6].

Teoria Higginsa rozbieżności Ja, w kontekście zaburzeń odżywiania się, pozwala na zrozumienie zniekształceń obrazu ciała (przeszacowanie wielkości ciała). Treść różnych struktur Ja stanowi źródło informacji o tym, jak człowiek postrzega siebie w wymiarze aktualnym, idealnym i powinnościowym. Teorię rozbieżności Ja można wykorzystać do zbadania poziomu świadomości rzeczywistego wyglądu swojego ciała u osób z zaburzeniami odżywiania się. Ponadto niezadowolenie z własnego ciała – bezpośredni czynnik rozwoju zaburzeń odżywiania się [7] – ma swoje podłoże w dużej rozbieżności między aktualnym a pożądanym obrazem ciała. Dodatkowo

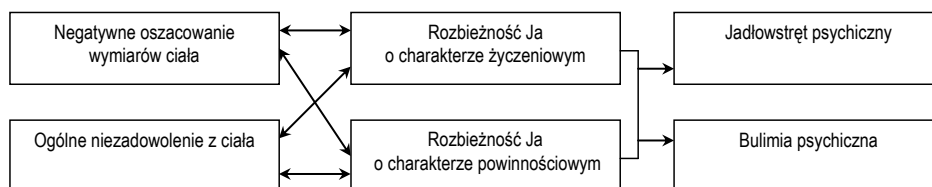
– w celu zmniejszenia rozbieżności stanów Ja o charakterze życzeniowym (czyli zmniejszenia różnic pomiędzy tym, jak osoba z jadłowstrętem lub bulimią psychiczną postrzega swoją aktualną sylwetkę i jaką chciałaby posiadać) – osoby z zaburzeniami odżywiania się mogą przejawiać destruktywne zachowania (np. stosowanie restrykcji dietetycznych, środków przeczyszczających i/lub moczopędnych, prowokowanie wymiotów). Osoby z zaburzeniami odżywiania się nadmiernie skoncentrowane na własnym wyglądzie, uświadamiając sobie istnienie rozbieżności między aktualnym wyglądem własnego ciała a propagowanym przez media ideałem szczupłego ciała, mogą przeżywać negatywne stany emocjonalne (np. lęk).

### Cel badań

Obraz ciała jest jednym z kluczowych elementów obrazu siebie, najbardziej reprezentatywną częścią Ja [8]. „Nowoczesna interpretacja obrazu ciała”, łącząca teorię Higginsa z teorią schematu Ja Markus, obraz ciała definiuje jako internalizowany obraz samego siebie [9]. W myśl założeń Altabe i Thompsona [9] obraz ciała można rozumieć jako przeświadczenie o tym, jak aktualnie się wygląda, jak pragnęłoby się wyglądać oraz jak powinno się wyglądać. Autorzy podkreślają, że w przypadku istnienia rozbieżności pomiędzy stanami Ja człowiek może doświadczać negatywnych emocji. W prezentowanych badaniach przyjęto definicję Altabe i Thompsona [9].

Negatywne postawy wobec ciała, wynikające m.in. z nieakceptowania własnego ciała lub poszczególnych jego części, oraz zaburzony i zniekształcony obraz ciała odgrywają istotną rolę w patologii zaburzeń odżywiania się.

Celem prezentowanego badania była analiza zależności pomiędzy negatywnymi postawami wobec własnego ciała a komponentami obrazu siebie/swojego ciała u kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną. Posiłkując się dotychczasowymi wynikami badań przyjęto, iż w grupie pacjentek z anoreksją i bulimią psychiczną istnieje związek pomiędzy negatywnym oszacowaniem wymiarów ciała i ogólnym niezadowoleniem z niego a dwoma typami rozbieżności Ja: rozbieżnością w zakresie Ja realnego i Ja idealnego oraz rozbieżnością pomiędzy realną a powinnościową koncepcją siebie (schemat 1).



Schemat 1. **Hipotetyczny model zależności pomiędzy badanymi zmiennymi w grupie kobiet z zaburzeniami odżywiania się (jadłowstręt i bulimia psychiczna)**

Ponieważ u osób z zaburzeniami odżywiania się ciało doświadczane jest jako obce, znajomość subiektywnych doświadczeń własnego ciała oraz postaw wobec niego, jak również komponentów obrazu siebie/swojego ciała i rozbieżności pomiędzy stanami Ja może być czynnikiem ułatwiającym, w procesie terapeutycznym, konfrontację pa-

ejentek z własnym ciałem i jego obrazem, i być może – poprzez pracę terapeutyczną (samopoznanie własnego ciała, uświadomienie sobie własnego ciała, desensytyzacja lęku związanego z obrazem ciała, zmianę poglądów na temat swojego ciała, zmianę destruktywnych zachowań w kontekście własnego obrazu ciała, utrwalenie pozytywnego obrazu ciała, zapobieganie ponownemu postrzeganiu go w kategoriach pejoratywnych [10]) – pozwoli na traktowanie go jako integralnego elementu Ja.

### Material

Badaniem objęto 33 pacjentki z anoreksją (JP) i 38 pacjentek z bulimią psychiczną. Dobór grup klinicznych opierał się na kryteriach diagnostycznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV-TR [11]. Średnia wieku dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym wynosiła 19,78 roku ( $SD \pm 1,34$ ), a u kobiet z bulimią równa była 20,19 roku ( $SD \pm 2,29$ ). Średnia wskaźnika masy ciała (BMI) u osób z anoreksją osiągnęła wartość  $16,51 \text{ kg/m}^2$  ( $SD \pm 1,37$ ), natomiast u pacjentek z bulimią  $21,23 \text{ kg/m}^2$  ( $SD \pm 3,21$ ). Czas trwania choroby u badanych pacjentek równy był 3,76 roku ( $SD \pm 2,42$ ) dla grupy z jadłowstrętem oraz 4,49 roku ( $SD \pm 2,12$ ) dla grupy z bulimią. Grupę kontrolną stanowiło 40 kobiet nie ujawniających zaburzeń odżywiania się. Średnia wieku badanych osób równa była 20,27 roku ( $SD \pm 1,99$ ), natomiast średnia BMI wynosiła  $21,57 \text{ kg/m}^2$  ( $SD \pm 2,20$ ).

### Metoda

W celu oceny obrazu siebie/swojego ciała wykorzystano Figure Rating Scale [12], obrazkowy test zawierający dziewięć sylwetek kobiecych zróżnicowanych pod względem wielkości masy ciała, uporządkowanych od bardzo szczupłej (1) do otyłej (9).

Badane osoby miały za zadanie wskazanie – ich zdaniem – aktualnej sylwetki, sylwetki, jaką chciałyby mieć oraz sylwetki, którą, zdaniem innych osób, powinny mieć. Na podstawie otrzymanych wyników można określić trzy wymiary Ja: Ja realne, Ja idealne i Ja powinnościowe, oraz stopnie rozbieżności pomiędzy stanami Ja: rozbieżność Ja o charakterze życzeniowym oraz rozbieżność Ja o charakterze powinnościowym.

Do zbadania postaw wobec ciała wykorzystano Body Attitude Test [13]. Metoda ta składa się z 20 stwierdzeń dotyczących subiektywnego doświadczenia własnego ciała oraz postaw wobec niego. Odpowiedzi udzielane są w sześciostopniowej skali („zawsze” – „zazwyczaj” – „często” – „czasami” – „rzadko” – „nigdy”). Im wyższy wynik, tym większe zaburzenia w doświadczeniu własnego ciała. Kwestionariusz składa się z 3 skal: negatywne oszacowanie wymiarów ciała, brak zażyłości z własnym ciałem oraz ogólne niezadowolenie z własnego ciała.

### Wyniki

Analiza wyników składała się z dwóch etapów. W pierwszym oceniano istotność różnic między badanymi grupami. W tym celu wykorzystano jednoczynnikową ana-

lizę wariacji ANOVA. Jako test post-hoc zastosowano test Tukeya. W drugim etapie badania analizowano zależności pomiędzy badanymi zmiennymi. Oceniano je na podstawie wartości współczynnika korelacji Pearsona.

Pomiędzy trzema badanymi grupami wystąpiły różnice istotne statystycznie dotyczące Ja idealnego ( $F(2, 77) = 5,53, p < 0,001$ ), Ja powinnościowego ( $F(2, 77) = 45,99, p < 0,01$ ), stopnia rozbieżności w zakresie Ja realnego i Ja idealnego ( $F(2, 77) = 24,52, p < 0,001$ ), stopnia rozbieżności pomiędzy realną a powinnościową koncepcją siebie/swojego ciała ( $F(2, 77) = 4,59, p < 0,001$ ), negatywnego oszacowania wymiarów ciała ( $F(2, 72) = 23,40, p < 0,001$ ), braku zażyłości z własnym ciałem ( $F(2, 72) = 25,93, p < 0,001$ ) oraz ogólnego niezadowolenia z ciała ( $F(2, 72) = 11,37, p < 0,001$ ). Średnie wyniki wraz z odchyleniem standardowym przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Średnie wyniki badanych zmiennych w grupie kobiet z jadłowstrętem psychicznym, bulimią psychiczną oraz bez diagnozy zaburzeń odżywiania się

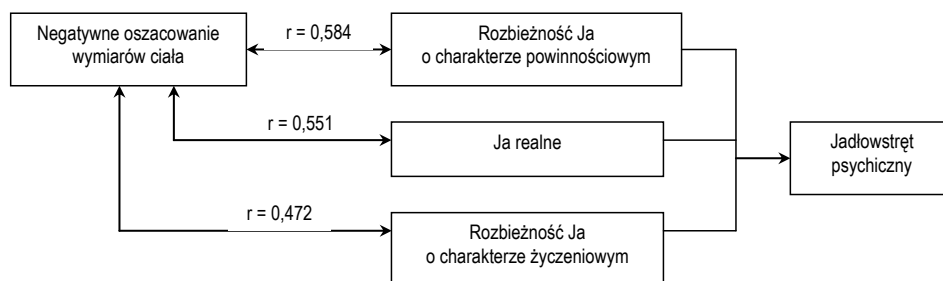
	Jadłowstręt psychiczny [JP] <i>n</i> = 33	Bulimia psychiczna [BP] <i>n</i> = 38	Grupa kontrolna [GK] <i>n</i> = 40	Porównanie badanych grup d Cohena		
				JP i BP	JP i GK	BP i GK
	M (± SD)	M (± SD)	M (± SD)			
<b>Obrazkowy test sylwetek (Figure Rating Scale)</b>						
Ja realne	5,32 (± 2,00)	5,80 (± 1,90)	4,47 (± 1,35)	-0,11	0,44	0,62 *
Ja idealne	1,39 (± 0,56)	2,46 (± 1,24)	3,70 (± 0,95)	-0,12 ****	-2,90 ***	-1,45 ***
Ja powinnościowe	5,00 (± 1,96)	3,66 (± 1,43)	4,00 (± 1,14)	0,77 **	0,59 *	-0,30
Rozbieżność Ja o charakterze życzeniowym	3,93 (± 2,01)	3,34 (± 1,84)	0,77 (± 0,25)	0,34	1,82 ***	1,58 ***
Rozbieżność Ja o charakterze powinnościowym	0,32 (± 2,45)	2,14 (± 2,32)	0,47 (± 0,33)	-0,68 *	-0,08	0,79 **
<b>Test postaw wobec ciała (Body Attitudes Test)</b>						
Negatywne oszacowanie wymiarów ciała	24,83 (± 8,48)	26,73 (± 4,74)	9,50 (± 4,53)	-0,29	0,66***	1,19***
Brak zażyłości z własnym ciałem	21,07 (± 5,41)	21,65 (± 4,96)	7,88 (± 3,39)	-0,11	0,89***	1,01***
Ogólne niezadowolenie z ciała	14,03 (± 3,89)	14,57 (± 3,60)	7,75 (± 3,53)	-0,14	0,59***	0,62***

Legenda: różnice istotne statystycznie: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

Uzyskane wyniki pokazują, że idealna sylwetka, jaką chciałyby mieć badane dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym, jest szczuplejsza aniżeli ta, której pragną kobiety z bulimią, a także kobiety bez diagnozy zaburzeń odżywiania się. W zakresie Ja powinnościowego (tj. sylwetki preferowanej przez otoczenie) pacjentki z jadło-

wstrętem psychicznym osiągnęły wyższy wynik aniżeli kobiety z bulimią i grupa kontrolna. U osób z anoreksją rozbieżność pomiędzy tym, jak aktualnie postrzegają własną sylwetkę, a tym, jaką chciałyby mieć, jest większa niż u osób zdrowych, natomiast stopień rozbieżności pomiędzy aktualną oceną własnej fizyczności a preferowaną społecznie sylwetką jest niższy w porównaniu z kobietami z bulimią. Kobiety z bulimią, w porównaniu ze zdrową populacją, oceniają swoją aktualną sylwetkę jako cięższą ( $p < 0,05$ ) (mimo że wskaźnik masy ciała obydwu badanych grup wskazuje na prawidłową masę ciała:  $M_{BP} = 21,23 \text{ kg/m}^2$  i  $M_{GK} = 21,57 \text{ kg/m}^2$ ) oraz pragną, aby ich idealna sylwetka była szczuplejsza. Zarówno stopień rozbieżności Ja o charakterze życzeniowym, jak i powinnościowym jest u pacjentek z bulimią wyższy niż w grupie kontrolnej. W porównaniu ze zdrowymi kobietami, zarówno osoby z anoreksją, jak i bulimią w większym stopniu negatywnie oszacowują wymiary swojego ciała, wykazują zdecydowanie mniejszą zażyłość z własnym ciałem oraz są w większym stopniu z niego niezadowolone.

W grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym negatywne oszacowanie wymiarów ciała było istotnie związane z rozbieżnością Ja o charakterze życzeniowym ( $p < 0,001$ ), Ja realnego ( $p < 0,001$ ) oraz Ja o charakterze powinnościowym ( $p < 0,001$ ).



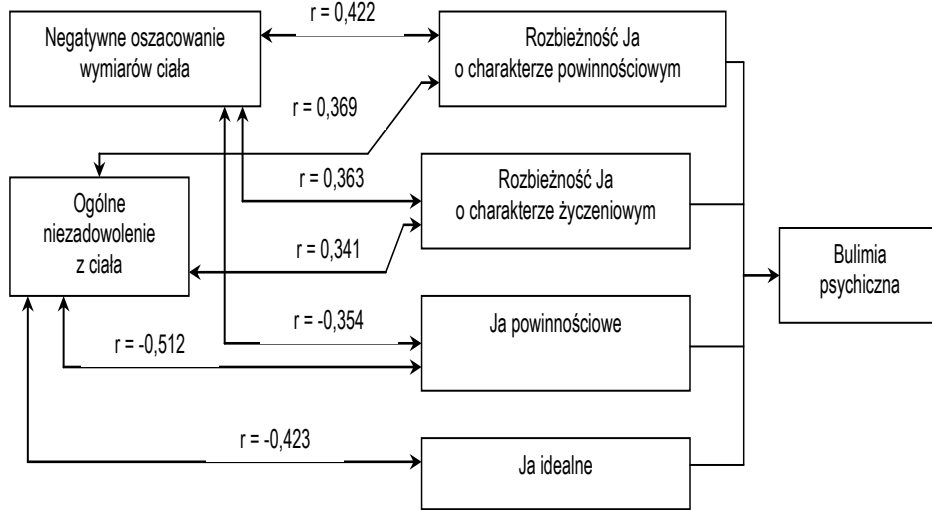
Schemat 2. Model zależności pomiędzy badanymi zmiennymi w grupie kobiet z jadłowstrętem psychicznym

W grupie pacjentek z bulimią stwierdzono zależność pomiędzy negatywnym oszacowaniem wymiarów ciała a posiadaniem sylwetki preferowanej przez społeczeństwo ( $p < 0,05$ ) oraz dwoma typami rozbieżności Ja: o charakterze życzeniowym ( $p < 0,05$ ) i charakterze powinnościowym ( $p < 0,01$ ). Ponadto, w tej grupie klinicznej ogólne niezadowolenie z własnego ciała miało istotne znaczenie dla Ja powinnościowego ( $p < 0,001$ ), Ja idealnego ( $p < 0,01$ ) oraz dwóch typów rozbieżności stanów Ja ( $p < 0,05$ ). Schemat 3 na następnej stronie.

## Omówienie wyników

Prezentowane wyniki badania pokazują, że zarówno w grupie kobiet z anoreksją, jak i bulimią psychiczną istnieją zależności pomiędzy negatywnym oszacowaniem wymiarów własnego ciała a rozbieżnością między realną a idealną koncepcją siebie oraz rozbieżnością w zakresie Ja realnego i Ja powinnościowego. Dodatkowo, u badanych pacjentek z bulimią psychiczną ogólne niezadowolenie z ciała koreluje z dwoma





Schemat 3. Model zależności pomiędzy badanymi zmiennymi w grupie kobiet z bulimią psychiczną

typami rozbieżności stanów Ja. Podobne rezultaty osiągnęli Tasca i wsp. [14]. Ich badania pokazują, że im wyższy jest u osób z bulimią psychiczną oraz z zespołem kompulsywnego objadania się poziom rozbieżności o charakterze życzeniowym, tym częściej ulegają one napadom nadmiernego objadania się, tym bardziej negatywna jest ich samoocena – głównie chodzi tu o poznawczy aspekt samooceny, tj. „pojęcie samych siebie” – oraz tym większy stopień niezadowolenia z własnego ciała.

Zaskakującym wynikiem badań jest ten świadczący o mniejszym stopniu rozbieżności Ja o charakterze powinnościowym u pacjentek z anoreksją, w porównaniu z pacjentkami z bulimią. Liczne badania ukazują odwrotną zależność – występowanie rozbieżności w zakresie Ja realnego i Ja powinnościowego jest elementem wskazującym na symptomy jadłowstrętu psychicznego [15], natomiast rozbieżność Ja o charakterze życzeniowym w większym stopniu prognozuje symptomy bulimii [15, 16]. W przypadku badanych osób z jadłowstrętem psychicznym niższy poziom rozbieżności Ja o charakterze powinnościowym świadczy o większej akceptacji dwóch różnych stanów Ja. Być może ze względu na to, iż badane kobiety cechuje większe powodzenie w osiągnięciu wymogów stawianych im przez innych ludzi, mniej trudności sprawia im zaakceptowanie faktu, że sylwetka, jaką powinny mieć (spełniająca społeczne normy), jest zbliżona do tej, którą uważają, że mają. Natomiast w odniesieniu do badanych kobiet z bulimią rozbieżności Ja pomiędzy realną a powinnościową koncepcją siebie mogą łączyć się z napięciem, lękiem, poczuciem winy czy zagrożeniem. W przypadku niespełnienia wymagania, jakim jest posiadanie szczupłej sylwetki, stawianego sobie przez badane kobiety, mogą one odczuwać pogardę dla siebie i w konsekwencji charakteryzować się niskim poczuciem własnej wartości. Natomiast w odniesieniu do niespełnienia oczekiwań znaczących osób kobiety te mogą doświadczać poczucia zagrożenia z ich strony, co w rezultacie prowadzić może do wycofania się z kontaktów społecznych z tymi osobami oraz uczucia złości



(zazwyczaj jawnego) do nich. Być może większy stopień rozbieżności Ja o charakterze powinnościowym u badanych pacjentek z bulimią świadczy o nieumiejętności zmniejszenia owej rozbieżności, co z kolei potęgować może negatywne działanie stresu. Być może uzyskany rezultat świadczący o mniejszym stopniu rozbieżności Ja o charakterze powinnościowym u pacjentek z anoreksją w porównaniu z pacjentkami z bulimią wynika z nieuwzględnionego przez autorkę podziału jadłowstrętu na dwa podtypy: przeczyszczający i żarłoczno-wydalający (liczne badania pokazują, że te dwie grupy pacjentów istotnie różnią się od siebie). Być może wynik byłby zbliżony do wyników innych badań (pokazujących odwrotną zależność) [15], gdyby autorka porównywała grupę z restrykcyjnym typem anoreksji z grupą pacjentek z bulimią i grupę z żarłoczno-wydalającym typem anoreksji z grupą pacjentek z bulimią.

Bers i wsp. [17] dowodzą, że pacjenci z zaburzeniami odżywiania się doświadczają większej rozpaczy w związku z chęcią stania się osobą, którą chciałyby być. Może to sugerować, że osoby z zaburzeniami odżywiania się mają rozbieżności stanów Ja, związane nie tylko z rozbieżnością między realną a idealną a także między realną a powinnościową koncepcją siebie, ale również z wymiarami dotyczącymi rozbieżności pomiędzy realną a przyszłościową koncepcją siebie (rozbieżności między Ja realnym a tym, kim osoba chciałaby zostać w przyszłości) oraz pomiędzy realną a potencjalną koncepcją siebie (rozbieżność pomiędzy rzeczywistym obrazem siebie a możliwym do osiągnięcia).

### Wnioski

Uzyskane wyniki badań pokazują, że subiektywne doświadczanie własnego ciała oraz postawa wobec niego – głównie negatywne oszacowanie wymiarów ciała – zarówno w grupie badanych pacjentek z anoreksją, jak i bulimią psychiczną koreluje z rozbieżnością stanów Ja. Negatywne oszacowanie wymiarów ciała wskazuje, że badane osoby postrzegają je jako większe niż jest ono w rzeczywistości (wskaźnik masy ciała badanych osób nie świadczy ani o nadwadze, ani o otyłości), zatem mamy do czynienia z rozbieżnością między postrzeganiem własnego ciała a przekonaniem względem niego [18]. Zaburzenia w percepcji własnego ciała wiążą się z przeszacowaniem jego wielkości i kształtu oraz rozbieżnością Ja o charakterze życzeniowym [19]. Ten sam wynik uzyskano w prezentowanych badaniach zarówno u pacjentek z anoreksją, jak i bulimią psychiczną.

Ponieważ konsekwencją zgodności realnej i idealnej koncepcji siebie jest pogodny nastrój, zadowolenie i satysfakcja [2], można przypuszczać, że gdyby ów stan występował u osób z zaburzeniami odżywiania się, oszacowanie wymiarów ciała miałoby charakter pozytywny i nie wiązałoby się z jego nieprawidłowym postrzeganiem. Podobnie rzecz miałaby się w przypadku zgodności realnej i powinnościowej koncepcji siebie, w której osoba doświadcza wyciszenia, zrelaksowania i poczucia wewnętrznego spokoju [2]. Zatem (w procesie terapeutycznym) wydaje się istotne zmniejszenie dychotomii pomiędzy dwoma stanami Ja bądź też przewartościowanie oceny obrazu swojego ciała u osób z zaburzeniami odżywiania się. Zmiany te niewątpliwie zmniejszyłyby negatywne stany emocjonalne i uczucia względem ciała oraz postrzeganie siebie i własnej sylwetki.

**Отношение к своему собственному телу женщин с нарушениями питания.  
Исследования на почве теории разногласия Я Эдуарда Тори Хиггенса**

**Содержание**

**Задание.** Проведение анализа зависимости между негативными отношениями к собственному телу и компонентами собственной картины у женщин с анорексией и булимией психического характера.

**Методы.** Обследовано 33 пациентки с психической анорексией, 38 пациенток с психической булимией, а также 40 женщин без отклонений в питании. При исследованиях использовано пособие Figure Rating Scale (Stunkard и сопр. 1983) – красочные картинки теста, содержащий девять фигур, различных с точки зрения величины массы тела, а также глоссарий исследования отношения к своему телу Body Attitude Test (Probst и сопр. 1995)

**Результаты.** Между тремя исследованными группами отмечено существенно статистическое различие, относящееся к Я идеального, Я должного, различия Я с характером такого желания. Различия Я с должностными желанием, негативного оценивания размеров тела, отсутствия согласия со своим собственным телом и общего недовольства со своей фигурой. В обоих исследованиях клинических группах отмечены зависимости между негативной оценкой размеров собственного тела различия Я между реальной и идеальной концепциями самой себя и различием Я в области Я реального и Я должного.

**Выводы.** Психические анорексия и булимия связаны с различиями между состояниями Я так и с нарушениями отношения к своему собственному телу.

**Einstellungen zum eigenen Körper und das Selbst-Bild bei Frauen mit Essstörungen.  
Studien an der Selbst-Diskrepanz-Theorie von Edward Thory Higgins**

**Zusammenfassung**

**Ziel.** Das Ziel der Studie war die Analyse der Zusammenhänge zwischen den negativen Einstellungen zum eigenen Körper und Komponenten des Selbst-Bildes bei Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa.

**Methoden.** Es wurden 33 Patientinnen mit Anorexia nervosa, 38 Patientinnen mit Bulimia nervosa und 40 Frauen ohne diagnostizierte Essstörungen untersucht. An der Studie wurde die Skala Figure Rating Scale (Stunkard u. Co., 1983) eingesetzt – Körpersilhouetten-Skala, mit unterschiedlichen Körperumrisszeichnungen. Außerdem wurde auch der Fragebogen zur Einstellung zum eigenen Körper Body Attitude Test (Probst und Co., 1995) angewandt.

**Ergebnisse.** Zwischen drei untersuchten Gruppen gab es statistisch signifikante Diskrepanzen zwischen dem erhofften Selbst (ideal self), dem geförderten Selbst (ought self); es gibt tatsächliches – erhofftes Selbst-Diskrepanzen, tatsächliches – gefördertes Selbst-Diskrepanzen, Diskrepanzen in der negativen Bewertung der Körpergröße, der allgemeinen Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. In beiden untersuchten klinischen Gruppen traten Unterschiede zwischen der negativen Bewertung der Körpergröße und der Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen und erhofften Selbst und dem tatsächlichen und geförderten Selbst auf.

**Schlussfolgerungen.** Die Anorexia nervosa und Bulimia nervosa hängen mit den Diskrepanzen zwischen den Selbst-Zuständen zusammen. Sie hängen auch mit den gestörten Einstellungen zum eigenen Körper zusammen.

**Les attitudes envers le corps et l'image de soi des femmes souffrant des troubles  
des conduites alimentaires. Les recherches basées à la théorie de divergence de moi  
d' Edward Tory Higgins**

**Résumé**

**Objectif.** Analyser des relations des attitudes négatives envers le corps et l'image de soi des femmes souffrant de l'anorexie et de la boulimie nerveuses.

**Méthodes.** On examine 33 femmes souffrant de l'anorexie, 38 souffrant de la boulimie et 40 femmes sans ces troubles. Elles sont examinées avec : The Figure Rating Scale (Stunkard et autres, 1983) et The Body Attitude Test (Probst et autres, 1995).

**Résultats.** Dans tous ces trois groupes examinés on trouve des différences valables statistiquement concernant : moi idéal, moi du devoir, divergences de moi de vouloir, divergences de moi de devoir, négative appréciation des dimensions du corps, manque de familiarité avec le corps, insatisfaction générale du corps. Dans les deux groupes cliniques on note des relations de la négative appréciation des dimensions du corps et la divergence de moi idéal et réal ainsi que de moi réal et moi de devoir.

**Conclusions.** L'anorexie et la boulimie se lient avec les divergences de moi et avec les attitudes troublées envers le corps.

### Piśmiennictwo

1. Higgins ET. *Self-discrepancy: a theory relating self and affect*. Psychol. Rev. 1987; 94: 319–340.
2. Bąk WE. *Tory Higginsa teoria rozbieżności Ja*. Przegl. Psychol. 2002; 45 (1): 39–55.
3. Wojdyło K. *Skala pomiaru rozbieżności Ja (SkRAP) – konstrukcja narzędzia oraz wstępna charakterystyka psychometryczna*. Now. Psychol. 2004; 4: 27–45.
4. Bessenoff GR. *Can the media affect us? Social comparison, Self-discrepancy, and the thin ideal*. Psychol. Women Q. 2006; 30: 239–251.
5. Głębocka A. *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Impuls; 2009.
6. Bessenoff GR, Snow D. *Absorbing society's influence: body image self-discrepancy and internalized shame*. Sex Roles 2006; 54: 727–731.
7. Garner DM. *Body image and anorexia nervosa*. W: Cash TF, Pruzinsky T, red. *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York, London: The Guilford Press; 2002, s. 295–303.
8. Brytek-Matera A. *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin; 2008.
9. Altabe MN, Thompson JK. *Body image: a cognitive self-schema?* Cognit. Ther. Res. 1996; 20 (2): 171–193.
10. Brytek-Matera A, Rybicka-Klimczyk A. *Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej*. Warszawa: Difin; 2009.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. Text revision: DSM-IV-TR. Washington DC: APA; 2000.
12. Stunkard AJ, Sorenson T, Schlusinger F. *Use of the Danish adoption registers for the study of obesity and thinness*. W: Kety SS, Rowland LP, Sidman RL, Matthysse SW, red. *The genetics of neurological and psychological disorders*. New York: Raven Press; 1983. s. 115–120.
13. Probst M, Vandereycken W, van Coppenolle H, Vanderlinden J. *The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire*. Eating Disord. J. Treat. Prev. 1995; 3 (2): 133–145.
14. Tasca GA, Balfour L, Kurichh K, Potvin-Kent M, Bissada H. *Actual-desired BMI discrepancy, body dissatisfaction and self concept in women with bulimia nevosa and binge eating disorder*. W: Swain PI, red. *Anorexia nervosa and bulimia nervosa: new research*. New York: Nova Science Publishers; 2006, s. 145–158.
15. Weishuhn AS. *Perfectionism, self-discrepancy, and disordered eating in black and white women*. Master of art thesis. University of Missouri-Columbia; 2006.
16. Benninghoven D, Raykowski L, Solzbacher S, Kunzendorf S, Jantschek G. *Body images of patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa and female control subjects: a comparison with male ideals of female attractiveness*. Body Image 2007; 4: 51–59.

17. Bers SA, Blatt SJ, Dolinsky A. *The sense of self in anorexia nervosa patients: A psychoanalytically informed method for studying self representation*. *Psychoanal. Study Child* 2004; 59: 294–315.
18. Espina A, Ortego Asunción M, Ochoa de Alda I, Aleman A, Juaniz M. *Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes del País Vasco: un estudio piloto*. *Clínica y Salud* 2001; 12 (2): 217–235.
19. Stewart TM, Williamson DA. *Assessment of body image disturbances*. W: Thompson JK, red. *Handbook of eating disorders and obesity*. New York: Wiley; 2003, s. 495–514.

Adres: Uniwersytet Śląski, Instytut Psychologii  
Zakład Psychologii Ogólnej  
40-126 Katowice, ul. Grażyńskiego 53

Otrzymano: 16.10.2010  
Zrecenzowano: 11.01.2011  
Otrzymano po poprawie: 31.01.2011  
Przyjęto do druku: 9.05.2011