

KULTURA,
CIAŁO,
(NIE)JEDZENIE
TERAPIA

Barbara Józefik

KULTURA,
CIAŁO,
(NIE)JEDZENIE
TERAPIA

Perspektywa
narracyjno-konstrukcjonistyczna
w zaburzeniach odżywiania

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Książka dofinansowana przez Wydział Lekarski UJ CM, Krajowy Naukowy Ośrodek Wiodący 2012–2017 i Fundację Krakowskiej Katedry Psychiatrii im. J.J. Haubenstocków

Recenzent

Prof. dr hab. n. med. Bogdan de Barbaro

Projekt okładki

Agnieszka Winciorek

© Copyright by Barbara Józefik & Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Wydanie I, Kraków 2014
All rights reserved

Niniejszy utwór ani żaden jego fragment nie może być reprodukowany, przetwarzany i rozpowszechniany w jakikolwiek sposób za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych oraz nie może być przechowywany w żadnym systemie informatycznym bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawcy.

ISBN 978-83-233-3604-4



www.wuj.pl

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Redakcja: ul. Michałowskiego 9/2, 31-126 Kraków
tel. 12-631-18-81, 12-631-18-82, fax 12-631-18-83
Dystrybucja: tel. 12-631-01-97, tel./fax 12-631-01-98
tel. kom. 506-006-674, e-mail: sprzedaz@wuj.pl
Konto: PEKAO SA, nr 80 1240 4722 1111 0000 4856 3325

Spis treści

Wprowadzenie	7
--------------------	---

Część I. Kultura, ciało, jedzenie

1. Kultura ponowoczesna	17
2. Ciało	25
2.1. Perspektywa socjologiczno-feministyczno-genderowa	25
2.1.1. Dyskurs idealnego ciała	27
2.1.2. Ciało a tożsamość	30
2.1.3. Dieta	34
2.1.4. Ciało kobiety społecznie konstruowane	38
2.1.5. Medykalizacja kobiecego ciała	42
2.1.6. Płeć kulturowa	44
2.2. Problematyka ciała – perspektywa psychologiczna	46
2.2.1. Ja cielesne	46
2.2.2. Ja cielesne a zaburzone więzi wczesnodziecięce	49
2.2.3. Ciało dojrzewających dziewcząt	52
2.3. Podsumowanie	56
3. Dyskursy jedzenia	59
3.1. Więź	60
3.2. Poczucie bezpieczeństwa, miłość i troska	62
3.3. Przyjemność i pocieszanie	63
3.4. Złość, kontrola i hierarchia	64
3.5. Definiowanie kobiecości	65
3.6. Przynależność do wspólnoty i świętowanie	66
3.7. Indywiduacja i tożsamość	67
3.8. Status społeczny i sposób spędzania czasu	68
3.9. Podsumowanie	68

Część II. Zaburzenia jedzenia. Terapia

4. Historyczne interpretacje ograniczania jedzenia i nadmiernego jedzenia	73
4.1. Ograniczanie jedzenia w dyskursie religijnym	74
4.1.1. Dyskurs ascezy	74
4.1.2. Dyskurs opętania	76
4.2. Dyskurs paranaturalnych możliwości i wyczynu	78
4.3. Dyskurs strajku głodowego	79
4.4. Ograniczanie jedzenia i nadmierne jedzenie – dyskurs medyczny	80
4.4.1. Historyczne medyczne ujęcie głodzenia się i anoreksji	80

Anoreksja jako objaw chorób somatycznych.....	81
Wyodrębnienie anoreksji jako syndromu.....	82
Anoreksja w dyskursie psychiatrycznym.....	83
4.4.2. Historyczne medyczne ujęcie problematyki nadmiernego jedzenia	84
Wczesne ujęcie bulimii i pojęcie <i>kynorexia</i>	85
Nadmierne jedzenie w koncepcjach nowożytnych.....	86
4.5. Podsumowanie.....	89
5. Wybrane współczesne interpretacje ograniczania jedzenia i nadmiernego jedzenia.....	93
5.1. Anoreksja i bulimia psychiczna w aktualnej klasyfikacji psychiatrycznej.....	93
5.1.1. Czynniki ryzyka.....	97
5.1.2. Czynniki spustowe.....	100
5.1.3. Czynniki podtrzymujące.....	101
5.1.4. Rozpowszechnienie i rokowanie.....	103
5.2. Anoreksja i bulimia w dyskursie psychoanalitycznym.....	105
5.3. Anoreksja i bulimia w dyskursie systemowym.....	108
5.4. Anoreksja i bulimia w dyskursie poznawczym.....	110
5.5. Anoreksja i bulimia w dyskursie feministyczno-genderowym.....	111
5.6. Podsumowanie.....	116
6. Anoreksja i bulimia psychiczna w ujęciu narracyjnym.....	121
6.1. Perspektywa narracyjna.....	121
6.2. Narracyjne praktyki terapeutyczne.....	125
6.2.1. Nowe znaczenia i metafory.....	125
6.2.2. Proces terapii, rozumienie zmiany.....	127
6.2.3. Relacja terapeutyczna, osoba terapeuty.....	128
6.3. Terapia narracyjna Michaela White'a i Davida Epstona.....	131
6.3.1. Opowieść osoby w kontekście terapeutycznym.....	133
6.3.2. Proces eksternalizacji.....	135
6.3.3. Nazwanie problemu.....	136
6.3.4. Badanie kontekstu: dekonstrukcja.....	137
6.3.5. Personifikacja problemu.....	138
6.3.6. Badanie historii problemu i relacji osoby z problemem.....	138
6.3.7. Wyjątki i poszukiwanie opowieści alternatywnych.....	139
6.3.8. Wzmacnianie alternatywnej opowieści.....	140
6.3.9. Rytuały i ceremonie kończące.....	142
6.4. Anoreksja i bulimia psychiczna w dyskursie narracyjnym.....	144
6.4.1. Anoreksja i bulimia jako opowieść dominująca a konteksty zgłoszenia na terapię.....	146
6.4.2. Identyfikacja i nazwanie problemu: narracja pacjenta, rodziny i terapeuty. Doświadczenia własne.....	147
6.4.3. Proces terapii narracyjnej.....	153
6.5. Podsumowanie.....	158
7. Uwagi końcowe.....	161
Bibliografia.....	165
Indeks rzeczowy.....	181
Indeks nazwisk.....	185

Wprowadzenie

Przegląd literatury dotyczącej zaburzeń odżywiania, szczególnie anoreksji psychicznej, pokazuje, że zaburzenia te, tradycyjnie będące przedmiotem zainteresowania medycyny, psychiatrii, psychologii klinicznej i psychoterapii, dawno przekroczyły granice tych dziedzin, stając się obiektem analiz feministycznych, genderowych, socjologicznych czy antropologicznych. Można zadać sobie pytanie, dlaczego tak się dzieje? Co sprawia, że pojawia się coraz większa liczba publikacji starających się zrozumieć fenomen zaburzeń odżywiania? Niewątpliwie widok wyniszczonych ciał dziewcząt i młodych kobiet budzi skrajne uczucia i skłania do szerszej refleksji. Badacze z różnych dziedzin próbują zrozumieć, co oznaczają drastyczne restrykcje jedzeniowe lub nadmierne objadanie się, co kryje się za powszechną popularnością diet i odchudzania się.

Zjawiska te interpretowane są poprzez odwołanie do kultury i znaczeń przypisywanych szczupłemu ciału kobiecemu. Stało się ono symbolem kobiecości, seksualności, tożsamości, wolności, kontroli lub władzy. Wzorzec ten, stanowiąc część współczesnej kultury popularnej, nabrał charakteru normatywnego: niezależnie od wieku, pozycji społecznej większość kobiet pragnie być szczupłą, przeżywając niepokój i niezadowolenie, gdy odbiega od tego modelu. Pokazuje to, w jakim stopniu szczupłość stała się „uniwersalną normą” i stanowi opresję dla osób, które pragną ją osiągnąć. Warto zwrócić uwagę, że „oczywistość” tego wzorca ogranicza możliwość krytycznej analizy i dystansu wobec przekazów, które jednocześnie w wielu zakresach pozostają niespójne, a nawet sprzeczne.

Kulturowy kontekst zaburzeń odżywiania, stosowania diet, obecności kobiecego ciała w reklamach i mediach opisywany z perspektywy feministycznej, genderowej, antropologicznej wydaje się szczególnie ważny, gdyż znacznie poszerza rozumienie medyczne, inaczej mówiąc – medyczny dyskurs, dominujący w ujęciu anoreksji i bulimii psychicznej. Jakkolwiek perspektywa medyczna zakłada wieloczynnikowe uwarunkowania, podkreśla znaczenie czynników kulturowych jako znaczącego tła dla wystąpienia objawów, ich rozumienie jest uproszczone w porównaniu z tym, co wnosi współczesna socjologia ciała czy nauki genderowe.

Warto przypomnieć, że zazwyczaj to media obarczane są winą za rozwój zaburzeń odżywiania się, uporczywe i rozpowszechnione praktykowanie diet. Chociaż media odgrywają istotną rolę w opisywanych zjawiskach, problem jest bardziej złożony, gdyż dotyczy procesów zachodzących w różnych dziedzinach funkcjonowania wysoko uprzemysłowionych i postindustrialnych społeczeństw. Można tutaj m.in. wymienić zmiany w definiowaniu roli kobiecej, kobiecej atrakcyjności i seksualności, w sposobach potwierdzania kontroli, określania sukcesu zawodowego i życiowego. Istotne procesy dotyczą także kontekstów funkcjonowania ciała, jego definiowania, miejsca w kulturze i przypisywanych mu znaczeń. Ale też należy tutaj przytoczyć medyczne i paramedyczne przekonania dotyczące ideału zdrowia, zdrowego stylu życia i odżywiania się obecne w konsumpcyjnych społeczeństwach, w których przemysłowo produkowana żywność jest mocno reklamowana, przy jednoczesnym propagowaniu szczupłości i kontroli jedzenia. Warto w tym kontekście pamiętać o przemyśle związanym z odchudzaniem i dochodach, jakie przynosi. Nie trzeba podkreślać, iż te wszystkie wymienione procesy wzajemnie cyrkularnie na siebie wpływają, wzmacniając opisywane zjawiska.

Zaburzenia odżywiania symbolizują miejsce młodych dziewcząt i kobiet we współczesnym świecie, pokazują znaczenie kobiecego ciała oraz funkcję diet i jedzenia. Przedstawienie głównych idei, które traktują ciało jako rodzaj kulturowego tekstu, w który wpisywane są różne znaczenia, a także rozumień pokazujących społeczne i kulturowe funkcje jedzenia, wydaje się uzasadnione, szczególnie że to ujęcie jest spójne z tymi terapeutycznymi podejściami, które opierają się na paradygmacie konstrukcjonistyczno-narracyjnym.

Należy podkreślić, że ujęcie narracyjne coraz częściej wykorzystuje się w leczeniu zaburzeń odżywiania, szczególnie jadłowstrętu psychicznego. Jak wiadomo, narracja jest formułą opisu wielu zjawisk w humanistyce i naukach społecznych. W terapii narracyjnej pojęcie narracji, opowieści oznacza sposób porządkowania i rozumienia doświadczeń. Zakłada się, iż narracje, którymi dana osoba zwykła opisywać życie swoje i innych, wpływają na to, jakie aspekty doświadczenia zostają dostrzeżone, a następnie wyrażone. Jak piszą terapeuci narracyjni, problem, choroba mogą stać się dominującą opowieścią, której zostaje podporządkowane życie osoby i jej rodziny. Stąd celem terapii staje się dekonstrukcja tej opowieści i zastąpienie jej taką, która bardziej wyraża potrzeby i możliwości osoby. Dzieje się to w procesie psychoterapii narracyjnej, która

przyjmując określoną filozofię terapii, stosuje specyficzne dla niej metody i techniki. Narracje osób kształtowane są m.in. przez system wiedzy zawarty w kulturze i opowieściach, jakie dana społeczność wspólnie negocjuje i wykorzystuje dla nadania znaczenia swoim doświadczeniom. W terapii jednym z zakresów pracy jest zatem rozpoznanie tych przekonań, dyskursów kulturowych, które osoba podziela, a które stanowią dla niej opresję i są źródłem problemów i cierpienia. Jest to wstęp do dekonstrukcji opowieści „anoreksji” czy „bulimii” i poszukiwania innych opisów, bardziej wyrażających możliwości osoby i poszerzających obszar jej wolności.

Prezentowana książka ma na celu zarysowanie kulturowego tła istotnego dla rozumienia znaczeń, których ciało jest nośnikiem, opisanie wielości dyskursów, w ramach których można interpretować zaburzenia jedzenia, w tym dyskursu narracyjnego, oraz, spójnie do tego ostatniego, przedstawienie założeń narracyjnej terapii anoreksji i bulimii. Opisanie dyskursów ciała, jedzenia wydaje się szczególnie ważne dla poszerzenia rozumienia zjawiska podejmowania diety, ograniczania jedzenia i rozwoju zaburzeń odżywiania. Ma także znaczenie w procesie leczenia. Może być więc przydatne zarówno dla tych, którzy utożsamiają się z perspektywą kliniczną, jak i dla badaczy wrażliwych na kontekst kulturowy czy osób zainteresowanych konstruowaniem projektów prewencyjnych.

Ponieważ anoreksja i bulimia występują głównie u dziewcząt i młodych kobiet, one stanowią punkt odniesienia w tej pracy, z pominięciem wątków, które mogłyby być istotne dla rozumienia zaburzenia odżywiania u chłopców i młodych mężczyzn. W ich przypadku rzetelne odniesienie się do zagadnienia wymagałoby oddzielnej publikacji.

Praca wyrasta z moich wieloletnich zainteresowań psychoterapią, terapią rodzin, w tym terapią rodzin pacjentów z zaburzeniami odżywiania, problematyką gender i aspektami kulturowymi. W ciągu wielu lat mogłam zaobserwować zmiany zachodzące w sposobie, w jaki pacjentki z rozpoznaniem anoreksji i bulimii odnosiły się do wzorca idealnego ciała kobiecego. Wcześniej, pod koniec lat osiemdziesiątych i na początku dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, wizerunek ciała był dla dorastających dziewcząt ważny, ale często pozostawał w tle innych przeżywanych przez nie problemów, m.in. relacji rodzinnych. W ostatnich latach wydaje się kwestią centralną. Relacjonowana przez pacjentki oczywistość i konieczność sprostania temu wzorcowi wskazuje na głęboką internali-

zając dyskursu idealnego ciała kobiecego, co sprawia, iż w terapii wątek ten nabiera szczególnego znaczenia. Trudno jednocześnie nie dostrzec, iż dla większości kobiet ciało, wizerunek ciała jest podstawowym fundamentem tożsamości. Zmusza to psychoterapeutki i psychoterapeutów do nowego przemyślenia kwestii związanych z ciałem i znaczeniami, jakimi jest nasycone. Zainteresowanie zagadnieniami płci kulturowej w psychoterapii uwrażliwia mnie na ten aspekt także w odniesieniu do problematyki zaburzeń odżywiania.

Książka składa się z dwóch zasadniczych części.

Część pierwsza, o charakterze teoretycznym, jest zatytułowana *Kultura, ciało, jedzenie* i obejmuje trzy zagadnienia. Rozpoczyna ją rozdział, w którym zarysowałam kontekst kulturowy istotny dla tez prezentowanych w dalszych rozdziałach. Wyjaśniam w nim podstawowe pojęcia i koncepcje istotne dla omawianej problematyki. Szczególnie miejsce zajmują tutaj idee Michela Foucaulta dotyczące relacji pomiędzy ciałem a władzą, opisujące kulturowe praktyki dyscyplinujące ciało. W rozdziale drugim przedstawiam problematykę ciała z dwóch perspektyw: socjologiczno-genderowej i psychologicznej. Ta pierwsza wprowadza dyskurs idealnego ciała kobiecego, jego uwarunkowania historyczne i współczesne oraz konsekwencje m.in. w kontekście problematyki władzy i tożsamości. Poprzez odwołanie się do prac socjologicznych, feministycznych i genderowych zarysowana zostaje złożoność społeczno-kulturowych procesów konstruujących ciało kobiet oraz ich odniesienia do praktyk dyscyplinujących, w tym diety jako jednej z nich. Dyskurs diety jest szerzej omówiony ze względu na swoje usytuowanie we współczesnej kulturze: powszechność i obligatoryjność, a także ważność w kontekście anoreksji i bulimii. Na inne aspekty zwraca uwagę perspektywa psychologiczna. Tutaj ważne jest rozumienie doświadczeń cielesnych dla rozwoju podmiotowości Ja. Stąd przedstawienie koncepcji i faz rozwoju Ja cielesnego, czynników sprzyjających i zaburzających ten rozwój. Istotnym aspektem jest próba odpowiedzi na pytanie o specyfikę rozwoju Ja cielesnego dla poczucia Ja u dojrzewających dziewcząt z odniesieniem do zaburzeń odżywiania. Ostatnie zagadnienie to zarysowanie znaczeń, w jakie wpisuje się spożywanie pokarmów i jego odmowa. Ze względu na cel pracy problematykę tę odnoszę głównie do rodzinnego kontekstu z pokazaniem, w jakim zakresie jedzenie zostaje wkomponowane w rodzinne więzi i komunikację.

W części drugiej – *Zaburzenia jedzenia. Terapia* – przedstawiam wielość dyskursów, w ramach których interpretowane jest ograniczanie i nadmierne jedzenie. W rozdziale czwartym omówione są rozumienia, jakie pojawiały się w historii wobec zachowań odbiegających od zwyczajowej normy. Rozdział ten jest jedynie nieznacznie poszerzoną wersją rozdziału opublikowanego w książce *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej* (2006). Ze względu na logiczny układ całości zdecydowałam się, aby go zamieścić w niniejszej pracy. Omawia on ograniczanie i nadmierne jedzenie w kontekście dyskursów religijnych oraz takich, które szukały wyjaśnień w działaniach sił natury i wreszcie wczesnych medycznych ujęć obu zjawisk. W kolejnym, piątym rozdziale przedstawione są współczesne interpretacje ograniczania i nadmiernego jedzenia. Poza współczesnym medycznym podejściem do zjawisk określonych jako zaburzenia odżywiania omawiam krótko ujęcie psychoanalityczne, systemowe i poznawcze oraz, znacznie szerzej, feministyczno-genderowe. Perspektywa narracyjna stanowi przedmiot osobnego opracowania i jest treścią rozdziału szóstego. Wprowadza on podstawowe pojęcia i założenia, omawia schemat terapii narracyjnej. Na tym tle przedstawiłam rozumienie anoreksji i bulimii psychicznej, a następnie terapię narracyjną tych zaburzeń. W rozdziale tym zamieściłam wiele przykładów pytań, gdyż stanowią one ilustrację ujęcia narracyjnego i mogą stanowić inspirację dla praktyków. Przedstawiłam także własne podejście istotne w procesie motywowania do podjęcia terapii i pomocne w zawieraniu kontraktu.

Publikacja ta jest próbą spójnego połączenia wielu wątków istotnych dla rozumienia znaczeń wpisanych w ciało i jedzenie z ujęciem terapeutycznym w postaci terapii narracyjnej. Ramą łączącą jest paradygmat konstrukcjonistyczno-narracyjny. Chcę jednocześnie zaznaczyć, iż praca nie wyczerpuje w żaden sposób złożoności, jaka wiąże się z leczeniem zaburzeń odżywiania.

Książkę tę pisałam z myślą o osobach zaciekawionych przekraczaniem granic własnych dyscyplin zawodowych. Wielość dyskursów, w jakich interpretowane są zaburzenia odżywiania, ich społeczne konsekwencje sprawiają, iż uważam za ważne poszerzanie rozumienia o wiedzę z dziedzin pokrewnych i odrębnych. Mam nadzieję, że psychoterapeuci, psychologowie, psychiatrzy czy studenci tych dziedzin docenią wątki kulturowe. Z kolei dla socjologów czy genderystów przydatne będzie poznanie koncepcji medycznych, psychologicznych, narracyjnych.

Dla mnie samej jako psycholożki klinicznej, psychoterapeutki, terapeutki rodzinnej wkraczanie na tereny „nieswoje” stanowiło pewne wyzwanie, ale zarazem przygodę intelektualną. Jednocześnie motywowała mnie chęć podzielenia się własnymi doświadczeniami wykorzystującymi elementy podejścia narracyjnego w terapii pacjentek z rozpoznaniem anoreksji i bulimii, tym bardziej że w ostatnim czasie w bardzo ograniczonym zakresie prowadzę terapię osób z zaburzeniami odżywiania. W tym sensie książka ta stanowi rodzaj podsumowania i zamknięcia moich wieloletnich zainteresowań tą problematyką.

Na koniec pragnę wyrazić podziękowanie osobom, które w sposób pośredni przyczyniły się do powstania tej książki lub były bardzo pomocne na końcowym etapie jej redagowania. Chcę wyrazić wdzięczność profesorowi Bogdanowi de Barbaro, który był pierwszym jej czytelnikiem i którego cenne uwagi oraz komentarze pozwoliły uniknąć wielu niejasności i niezgrabności. Nie do przecenienia jest nasza wieloletnia zawodowa współpraca, dyskusje, inspiracje i wspólne działania, które obejmują nie tylko terapię rodzin. Chcę w tym miejscu wymienić także, niezżyjącą już, profesora Marię Orwid, która kierowała Kliniką Psychiatrii Dzieci i Młodzieży przez ponad dwadzieścia lat i która przez cały ten czas wspierała mnie w moich zainteresowaniach i rozwoju zawodowym. Dzięki niej miałam możliwość uczestniczenia w międzynarodowych konferencjach i warsztatach, a także stażach w zagranicznych ośrodkach: Accademia di Psicoterapia della Famiglia w Rzymie oraz Tavistock Clinic i Institute of Family Therapy w Londynie. Dzięki jej aktywności mogłam się uczyć także od wybitnych terapeutów rodzinnych, którzy przyjeżdżali do Krakowa i prowadzili warsztaty oraz seminaria. Wymienię tutaj tych, którzy byli dla mnie szczególną inspiracją: Toma Andersena z Uniwersytetu w Tromsø, Satu i Helma Stierlinów z Uniwersytetu w Heidelbergu, Lymana Wynne’a z Uniwersytetu w Rochester, Maurizio Andolfiego, dyrektora Accademia di Psicoterapia della Famiglia w Rzymie, Dona Blocha z Instytutu Ackermana w Nowym Jorku, Gianfranco Cecchina z Centro Della Famiglie z Mediolanu, Mony Elkaima, dyrektora Elkaim Formations w Brukseli, Klause Deisslera, dyrektora Marburg Consultation Group i wreszcie grupę psychoterapeutów z Londynu: Eie Asena i Allana Cooklina z Marlborough Family Therapy Service, Gill Gorel Barends z Tavistock Clinic i Hugh Jenkinsa z Institute of Family Therapy.

Chcę także wyrazić wdzięczność Judith i Bryanowi Laskom z Londynu. Wieloletnia przyjaźń z nimi, z ich rodziną, umożliwiła mi uczestniczenie w międzynarodowych konferencjach poświęconych problematyce zaburzeń odżywiania, które od początku lat dziewięćdziesiątych

odbywają się w Londynie, oraz nawiązanie wielu profesjonalnych kontaktów. W ostatnich latach szczególnie cenna była możliwość uczestniczenia w szkoleniach, które rozwijają narracyjne i dialogiczne podejście, prowadzonych przez Harlen Anderson z Houston, Hugh Foxa z Brighton i Petera Robera z Uniwersytetu w Leuven.

Moje podziękowania powinny obejmować wiele osób, ale nie ma możliwości wymienić tutaj wszystkich, którzy w różny sposób byli dla mnie ważni w mojej zawodowej drodze. Pragnę jeszcze wymienić profesor Irenę Namysłowską, której wiedzę, mądrość, sposób bycia i serdeczność niezwykle sobie cenię. Chciałabym wreszcie podziękować moim koleżankom z Ambulatorium Terapii Rodzin: mgr Romie Ułasińskiej, mgr Małgorzacie Wolskiej, lek. med. Magdalenie Zdenkowskiej-Pileckiej, z którymi od wielu lat prowadzimy psychoterapię pacjentów, w tym psychoterapię pacjentów z zaburzeniami odżywiania, niepracującemu już z nami dr. Grzegorzowi Iniewiczowi, a także kolegom z Pracowni Psychologii i Psychoterapii Systemowej: mgr. lek. med. Feliksowi Matusiakowi, pracującemu także w ATR, i dr. Bartoszowi Tregerowi, z którymi od niedawna tworzymy zespół. Serdecznie dziękuję mgr Marii Pikul, która wspianałomyślnie, w ramach wieloletniej przyjaźni, dokonała adjustacji piśmiennictwa tej publikacji. Chcę także podziękować mojemu poprzedniemu szefowi, profesorowi Jackowi Bombie, a szczególnie obecnemu kierownikowi Katedry Psychiatrii, profesorowi Krzysztofowi Gierowskiemu za pełne życzliwości zainteresowanie i wsparcie. Wreszcie dr. Maciejowi Pileckiemu, kierownikowi Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, za wieloletnią współpracę obejmującą pracę kliniczną, naukową i dydaktyczną.

Chcę także bardzo podziękować redaktor Dorocie Węgieńskiej za zaangażowanie i pełną życzliwości współpracę na etapie redagowania publikacji.

Pragnę podkreślić, że inspiracją do napisania tej książki, poza lekturą tekstów, były zarówno dyskusje z moimi studentami, superwizantami, kursantami, jak i wieloletnie doświadczenia i kontakty z moimi pacjentami i ich rodzinami. Im wszystkim chciałabym złożyć podziękowanie.

Dedykuję tę książkę moim Najbliższym: Oldze i jej synkom: Ignasiowi i Marcelkowi oraz Jurkowi.

CZĘŚĆ I

KULTURA, CIAŁO, JEDZENIE

1. Kultura ponowoczesna

Płynne życie to życie pełne niepewności, przeżywane w warunkach ciągłego niepokoju...

Nie da się skleić tego, co rozpadło się na kawałki. Porzućcie wszelką myśl o całości.

Zygmunt Bauman, *Płynne życie*. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2007, s. 35.

Spółczesność konsumpcyjna opiera się na obietnicy spełniania ludzkich pragnień w takim stopniu, o jakim żadne z dawniejszych społeczeństw nie mogło nawet zamarzyć.

Zygmunt Bauman, *Płynne życie*. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2007, s. 126.

Wymienione we wstępie pojęcia, takie jak ponowoczesność czy konstrukcjonizm społeczny, wymagają dookreślenia ze względu na szeroki kontekst, w jakim są stosowane. Ponowoczesność (postmoderna) jest pojęciem bardzo pojemnym. Oznacza „ogół przemian w myśli filozoficznej, odpowiadający im klimat intelektualny oraz formację kulturowo-cywilizacyjną następującą po epoce nowoczesnej” (Burzyńska, 2008, s. 108). Punktem wyjścia dla ponowoczesności było krytyczne odczytywanie modernistycznych założeń, kwestionowanie oświeceniowego projektu zakładającego Postęp i prymat Rozumu, których wyrazem miało być powszechne oświecenie, uniwersalna i radykalna racjonalizacja społeczeństwa i człowieka. Tragiczne doświadczenia XX wieku: Holocaust i istnienie systemów totalitarnych, podważyły założenia nowoczesności i skłoniły badaczy do krytycznej rewizji założeń leżących u jej podstaw. Stąd ponowoczesność jest, jak mówił Zygmunt Bauman w rozmowie z Romanem Kubickim i Anną Zeidler-Janiszewską (1997), „nowoczesnością minus jej iluzje. Historia nie jest iluzją, tylko jej wektorowość, kierunkowość procesu, poddanie »obiektywnym prawom« są nowoczesnym złudzeniem – wynikiem z pewnej, historycznie określonej ambicji” (s. 56). Należy podkreślić, że myśl ponowoczesna przyniosła krytyczną analizę filozoficznych podstaw kultury europejskiej, nowe odczytywanie kanonicznych dla tej kultury tekstów, krytykę wielkich uniwersalnych idei, wielkich narracji, a na tym tle próby opisu cywilizacyjno-kulturo-

wych przemian, jakie zachodzą w wysoko uprzemysłowionych, postindustrialnych społeczeństwach (Burzyńska, 2008). Warto przypomnieć, że dyskusję z modernistycznymi założeniami najwcześniej odnajdujemy w sztuce od końca lat sześćdziesiątych XX wieku. Natomiast lata osiemdziesiąte ośrodkiem zainteresowania uczyniły zachodnią myśl humanistyczną od filozofii po socjologię, antropologię, ekonomię, politologię czy historiografię (Nycz, 1997). Główna idea ponowoczesności wniesiona przez te nauki to zakwestionowanie obiektywizmu poznania i uniwersalności norm kulturowych, obyczajowych i prawnych na rzecz wielowersyjności doświadczanej rzeczywistości. Trudno się więc dziwić, że tendencje ponowoczesne wprowadziły swoisty ferment do ustalonego, konwencjonalnego sposobu myślenia o wielu dziedzinach życia. W rezultacie przyniosły filozofię Innego, problematykę wykluczenia, świadomość kulturowych uwarunkowań zachowań związanych z płcią, rasą, pochodzeniem etnicznym i społecznym, analizę problematyki władzy w relacjach, w rodzinie i w życiu społecznym.

Pojęcia ponowoczesność i postmodernizm są często używane zamiennie¹. Źródłowo postmodernizm „stosuje się na oznaczenie wielości nowych tendencji we współczesnej kulturze (zwłaszcza w sztuce)”, które odnoszą się krytycznie do modernizmu jako formacji estetycznej w sztuce końca XIX wieku (Burzyńska, 2008, s. 109). Postmodernizm wyraża się m.in. krytycznym stosunkiem do tzw. wysokiej kultury, swobodną asymilacją i przetwarzaniem wybranych wątków tradycji i awangardy. Ponieważ termin ponowoczesność (postmoderna) jest, jak pokazuje Bauman, terminem szerszym, opisującym stan współczesnej kultury i cywilizacji, w tym opracowaniu będzie on stosowany zamiast terminu postmodernizm (Bauman i in., 1997). W ostatnich pracach Bauman (2006, 2007) używa także w miejsce terminu ponowoczesność innych określeń, takich jak późna nowoczesność czy płynna nowoczesność. Są to określenia, które wskazują na te aspekty współczesności, które charakteryzują się niepewnością, brakiem punktów oparcia, zakwestionowaniem stałych reguł i zasad. Wszyscy doświadczamy tego, jak bardzo tradycyjne role ulegają zmianie, a przepisy jak żyć, okazują się nieprzydatne w świecie, który charakteryzuje fragmentaryczność i epizodyczność. Doświadczana współcześnie wielość modeli życia, „roztapianie

¹ Przykładowo, Szymon Chrząstowski i Bogdan de Barbaro bardzo konsekwentnie używają pojęcia postmodernizm na opisanie „czasów, w jakich żyjemy”, S. Chrząstowski, B. de Barbaro, *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.

się wzorców i wzajemnych zależności”, korozja idei nieograniczonego rozwoju i postępu, „syndrom konsumpcyjny” – to zjawiska, z którymi konfrontujemy się w życiu codziennym (Bauman, 2007, s. 131). Dotyczą one różnych sfer życia, polityki, życia zawodowego, rodziny, intymnych związków, tożsamości. Dostępna wielość zróżnicowanych modeli życia powiększa zakres wolności jednostki, ale też stawia ją przed wyborami i czyni ją bardziej odpowiedzialną za swój los. Stąd w centrum zagadnień ponowoczesności jest problematyka tożsamości, jej płynne, kontekstualne definiowanie, także w dziedzinie seksualności i cielesności (Hyży, 2003; Rosner, 2006). Jak pokazuje Bauman (2003), tożsamość, także tożsamość genderowa², „ma prowizoryczny i ulotny charakter”.

Płynną nowoczesność charakteryzuje zjawisko nieograniczonej konsumpcji, odejście od „społeczeństwa wytwórców na rzecz społeczeństwa konsumentów” (Bauman, 2007, s. 130). Ideologia konsumpcji nastawiona jest na osiągnięcie przyjemności, natychmiastową gratyfikację, zaspokojenie potrzeb i pragnień rozbudzanych przez rynek ekspansywnie reklamujący swoje towary. Jak podkreśla Bauman, w klimacie konsumpcji wszystko staje się towarem, każda działalność jest produktem, który należy reklamować, aby została sprzedana, każdy jest też konsumentem. W tym procesie, w którym wszystko jest rynkiem, wizerunek, obraz ciała nabiera istotnego znaczenia.

W ramach ponowoczesnego myślenia można wyodrębnić wiele nurtów, które zwracają uwagę na różne aspekty konstruowanej rzeczywistości. Kluczowe z punktu widzenia omawianej problematyki są społeczny konstrukcjonizm oraz filozofia władzy i dyskursu Michela Foucaulta.

Społeczny konstrukcjonizm, łączący w sobie orientacje socjopsychologiczne, społeczno-polityczne i filozoficzne, niewątpliwie stanowi jeden z istotnych nurtów ponowoczesności. Warto przypomnieć, że podstawowym założeniem społecznego konstrukcjonizmu jest to, że świat zawsze postrzegany jest w sposób subiektywny, a rzeczywistość społeczna jest tworzona przez dyskursy, wspólne działania w procesie nieustającej interpretacji. W tych interakcyjnych procesach ludzie dzielą się swoimi wizjami rzeczywistości i współpracują, opierając się na podzielanym konsensusie. Także wiedza (w tym naukowa) nie ma charakteru uniwer-

² Pojęcie *gender* oznaczające społeczno-kulturową tożsamość płciową jest używane na opisanie procesów, którymi kultura definiuje role, zachowania, cechy przypisywane kobietom i mężczyznom. Wątek płci kulturowej będzie szerzej omówiony w rozdziale 2.1.6.

salnego, ale historyczny i lokalny³. Formułując swoje epistemologiczne stanowisko, społeczny konstrukcjonizm zwraca się w kierunku „między-podmiotowego wpływu języka i kultury oraz hermeneutycznej interpretacji tekstu” (Pare, 1995, s. 6). Z tego punktu widzenia stanowi on interesującą alternatywę zarówno w stosunku do modernistycznych poglądów o poznaniu obiektywnym, jak i konstruktywistycznego radykalizmu⁴ zakładającego istnienie izolowanych indywidualnych konstruktywów wiedzy. Konstrukcjonizm, uznając, że sposób, w jaki spostrzegamy świat, zależy od biologicznej struktury naszego organizmu, jednocześnie wskazuje, iż możliwe jest dzielenie się interpretacjami „tekstów” swojego doświadczenia. Co więcej, to wspólnotowe interpretowanie współtworzy nasze widzenie rzeczywistości, co pokazuje ważność wymiaru semantycznego. Jak pisze Pare: „(...) jeśli doświadczenie rozpatrywać jako tekst wspólnie interpretowany społecznie, wówczas język odgrywa zasadniczą rolę w ukazywaniu różnic, które światu nadają istnienie” [tłum. B.J.] (Pare, 1995, s. 6). Bruner (1986), analizując znaczenie paradygmatu konstrukcjonistycznego, podkreśla, że

(...) nauki społeczne zwróciły się w kierunku hermeneutyki, znaczenie stało się centralnym punktem odniesienia – jak świat jest interpretowany, w jakim sensie kultura sama w sobie może być traktowana jako tekst (narracja), którą uczestnicy „czytają” w oparciu o własne przesłanki [tłum. B.J.] (Bruner, 1986, s. 8, za: Freedman, Combs, 1996, s. 16).

W obrębie prądów konstrukcjonistycznych wyróżnia się także konstruktywizm krytyczny (Rosen, 1996, za: Richert, 2002), który chociaż uznaje, że kultura i społeczeństwo mają podstawowy wpływ na tworzenie się znaczeń osobistych, to jednocześnie zaznacza, że ich źródłem

³ Na rozwój społecznego konstrukcjonizmu w istotny sposób wpłynęła praca Petera L. Bergera i Thomasa Luckmanna z 1966 roku *The Social Construction of Reality*. Doubleday, New York. Przedstawia ona wiedzę jako społecznie budowaną konstrukcję i dowodzi, iż poznanie zachodzi w określonych historycznych, kulturowych i ideologicznych kontekstach, współtworzonych poprzez dyskursy i współdziałanie.

⁴ Konstruktywizm jest nurtem filozoficznym kwestionującym możliwość obiektywnego poznania rzeczywistości. W latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku badania empiryczne nad percepcją, prowadzone przez biologów Humberta Maturanę i Francisca Varełę, dostarczyły nowych dowodów na rzecz tej tezy, wskazując, iż „nasz obraz świata jest w sposób aktywny wytwarzany przez nasz układ nerwowy”. L. Górniak, *Konstruktywizm a zmiany w praktyce psychoterapeutycznej*. W: L. Górniak, B. Józefik (red.), *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin. Od metafory cybernetycznej do dialogu i narracji*, s. 33–56. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, s. 42.

może być także to, co intrapsychiczne. Kierunek ten zwraca uwagę, iż w procesie interpretowania rzeczywistości i nadawania sensu istotne są także osobiste przeżycia doświadczane cieleśnie (*embodiment*). Refleksje wniesione przez konstruktywizm krytyczny, poszerzający rozumienie procesu tworzenia się znaczeń indywidualnych, mają szczególnie odniesienie do kontekstu psychoterapeutycznego.

W nurcie szeroko ujmowanego konstrukcjonizmu mieszczą się prace filozofa Michela Foucaulta, w zasadniczym stopniu dotyczące problematyki władzy i związku między władzą, wiedzą i dyskursem (1988, 1998). Jego wnikliwe analizy okazały się nieocenione w odniesieniu do problematyki ciała, stając się punktem wyjścia dla socjologicznych, feministycznych i genderowych kategorii ujmowania cielesności. Centralnym pojęciem myśli Foucaulta jest kategoria dyskursu (2002b). W ujęciu Foucaulta dyskurs oznacza kulturową praktykę językową, dominujący wzorzec wyrażany w języku wprost lub w postaci ukrytych strategii. Autor, stosując własną metodę analizy, określoną jako archeologiczno-genealogiczną, opisał proces wyłaniania się dyskursów w ich historycznym kontekście, zidentyfikował zdarzenia, w których przejawiały się nowe formy dyskursu (Foucault, 2002a). Pokazał przekonująco, że w każdym społeczeństwie istnieją obowiązujące, dominujące dyskursy, które są uznawane za prawdę i które wyznaczają to, co jest akceptowalne. Poza dyskursami dominującymi istnieją „białe plamy dyskursywne”, czyli te tematy i wątki, które są wykluczone, zmarginalizowane. Dyskursy, czyli społeczno-kulturowe dominujące wzorce, kształtują nasz sposób myślenia o sobie i o świecie, wyznaczają granice interpretacji doświadczenia, modelują zachowania (Burr, 2003). Stanowią one fragment naszej „wiedzy”, która sprawuje władzę nad jednostką i społeczeństwem. Zdaniem Foucaulta relacje pomiędzy wiedzą a władzą są fundamentalne, gdyż władza tworzy wiedzę, a wiedza tworzy relacje władzy (Foucault, 1998; Ostolski, 2003). Wiedza jest podstawowym narzędziem, jakim posługuje się władza, gdyż zostaje podporządkowana wymogom normy, co sprawia, że dla każdej dziedziny stworzony zostaje obszar normy, a zarazem nienormalności i dewiacji.

Z analiz Foucaulta wyłaniają się interesujące refleksje dotyczące „teorii ciała jako pola oddziaływań dyskursu władzy” (Hyży, 2003). Pokazał on, jak w nowoczesnych społeczeństwach cielesność stała się sferą działania władzy i jak ciało jako przedmiot władzy dyskursu było poprzez praktyki dyscyplinujące „wytwarzane”, kontrolowane i reprodukowane. Owe praktyki wytwarzania „posłusznych ciał”, jak to określał Foucault,

były związane z funkcjonowaniem takich nowoczesnych instytucji, jak wojsko, szkoła, szpital, więzienie i fabryka. Obejmowały stałe wywieranie przymusu i nakazy określające wzorce wyglądu i zachowań. Jak pisze badacz:

Kształtuje się wówczas [w nowoczesności – przyp. B.J.] polityka przymusu, który polega na pracy nad ciałem, przemyślnej manipulacji jego częściami, ruchami, czynnościami. Oto chwila narodzin „anatomii politycznej”, będącej swoistą „mechaniką władzy”: określa ona, w jaki sposób wpływać na ciała innych. Dyscyplina wytwarza zatem ciała podporządkowane i wyćwiczone, ciała „posłuszne” [tłum. Tadeusz Komendant] (Foucault, 1998, s. 133).

Foucault określa władzę nad ciałami terminem biowładza⁵. Obejmuje ona, z jednej strony, anatomopolitykę, dotyczącą pojedynczego ludzkiego ciała i wyrażającą się m.in. w dążeniu do podniesienia jego sił i wzmocnienia systemu, z drugiej, biopolitykę nastawioną na ciało gatunku wraz z jego mechanizmami życia: narodzinami, chorobami, śmiertelnością, długowiecznością itd. Celem biowładzy jest regulacja życia populacji poprzez wzmocnienie jej użyteczności ekonomicznej i politycznej. Foucault stawia tezę, że dyscyplinowanie ciała ułatwia zarządzanie zbiorowościami w sposób najbardziej efektywny. Pokazuje, jak stopniowo dyskursy dotyczące dyscyplinowania ciała zostają uwewnętrznione przez jednostkę, co sprawia, że niepotrzebna jest fizyczna władza zewnętrzna, gdyż jednostka sama poddaje się samokontroli. Przywołując metaforę Panoptikonu, pokazuje, iż reprodukcja systemu władzy jest w samej jednostce, znajdującej się pod stałym oglądem. Jednostka wie o istnieniu władzy (władzy dyskursu), która sama jest niewidzialna, co sprawia, iż internalizuje normy i sama jest nośnikiem władzy, a zarazem „nadzorczą” dla innych (Foucault, 1998).

Bauman (2008), rozwijając myśl Foucaulta, pokazuje, jak współcześnie zmienił się kontekst kulturowy funkcjonowania ciała:

(...) ciało nowoczesne, robotniczo-żołnierskie było poddawane surowej dyscyplinie. Od ciała domagano się tylko jednego: by miało w sobie dość siły fizycznej, by nie wypaść z rytmu i reagować na każdy sygnał należycie szyb-

⁵ W najogólniejszym sensie pojęcie to oznacza władzę nad biologią, podczas gdy świadome zastosowanie biowładzy w praktyce stanowi biopolitykę, gdy odnosi się do gatunku, lub anatomopolitykę, gdy dotyczy jednostki. Przykładem biopolityki są regulacje prawne dotyczące np. zapłodnienia *in vitro*, ograniczania lub zakazu aborcji, transplantacji organów ludzkich, przymusu leczenia, dopuszczalnego wieku inicjacji seksualnej, M. Tomasiewicz, *Biowładza – jej charakter i fundament filozoficzny*. „Pedagogika Katolicka”, 2010, 7 (2), s. 283–289.

ko i z odpowiednią energią (...). Ciało ponowoczesne jest przede wszystkim odbiorcą wrażeń (...) jest narzędziem przyjemności i stąd konieczne jest utrzymanie jego sprawności (fitness) (s. 99).

Jednocześnie, jak dalej pisze Bauman

(...) każdy moment zadowolenia z własnej sprawności truje myśl o sprawności prawdziwej, nigdy do końca nieosiągniętej, zawsze wymykającej się wysiłkom. Ciało jest dziś własnością prywatną. Uzyskawszy swe ciało na własność, właściciel znalazł się jednak w nie lada tarapatkach. Jest przecież ogrodem i ogrodnikiem naraz. Ma on to, co się dzieje kontrolować, ale to on jest przez tę kontrolę kontrolowany (s. 100).

Bauman podkreśla paradoksalny aspekt sytuacji współczesnego człowieka: zatarcie „rozdziłu pomiędzy podmiotem a przedmiotem”.

Sandra Bartky, feministyczna krytyczka, zwraca uwagę, iż Foucault w swoich pracach traktował ciało, „jakby istniała tylko jedna jego forma, tak jakby cielesne doświadczenia mężczyzn i kobiet nie różniły się od siebie oraz jakby mężczyźni i kobiety pozostawali w takim samym stosunku do instytucji typowych dla nowoczesnego społeczeństwa” (Bartky, 2007, s. 65). Bartky (2007) wskazuje, że Foucault nie dostrzega tych form podporządkowania, które „stwarzają ciało kobiece”, nie jest wrażliwy „na te formy dyscypliny, które wytwarzają formę ucieleśnienia charakterystyczną tylko dla kobiet” (s. 65). Trudno nie zgodzić się tymi krytycznymi refleksjami, ale zarazem należy zauważyć, iż nie podważają one wartości tych aspektów analiz Foucaulta, które pokazują, jak „wiedza” wyrażająca się w przekonaniach kulturowych na temat „właściwego” ciała stanowi „władzę” w postaci praktyk dyscyplinujących ciało. To sprawia, że na prace Foucaulta powołuje się większość współczesnych badaczy podejmujących problematykę cielesności.

2. Ciało

2.1. Perspektywa socjologiczno-feministyczno-genderowa

W warunkach późnej nowoczesności ciało jest coraz bardziej istotne dla poczucia tożsamości nowoczesnego człowieka.

Chris Shilling, *Socjologia ciała*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 15.

Ciała stają się plastycznym tworem, który może być ciosany i kształtowany dzięki czujności i ciężkiej pracy swoich właścicieli.

Chris Shilling, *Socjologia ciała*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 19.

Jesteś tym bardziej prawdziwa, im bardziej przypominasz wymarzony wizerunek.

Pedro Almodovar, *Wszystko o mojej matce*, 1999.

Ostatnie dekady przyniosły ogromne zainteresowanie tematem ludzkiego ciała. Jak pisze Chris Shilling w *Socjologii ciała* (2010): „ciało wraz z wielością swoich społecznych i kulturowych znaczeń przesunęło się do samego centrum naukowych analiz” (s. 11). Ewa Hyży (2003), przytaczając esej Shepherdsona z 2003 roku *The epoch of the body*, wskazuje, że jest to m.in. reakcja na wcześniejszą nieobecność ciała jako przedmiotu refleksji nauk humanistyczno-społecznych. Brak odniesień do ciała był konsekwencją dualizmu metafizycznego, dualizmu umysłu (duszy) i ciała, który najdobitniej wyraził Kartezjusz, ale którego początki sięgają filozofii starożytnej, poglądów Platona, rozwijanych w wiekach późniejszych przez teologów chrześcijańskich, szczególnie św. Augustyna. Swiste odkrycie ucieleśnienia, cielesności człowieka (podmiotu) wyłoniło nowe sfery analiz, postawiło nowe pytania, podjęte szczególnie przez socjologię, filozofię, studia feministyczne i genderowe⁶. Przedmiotem

⁶ Zbigniew Libera w *Antropologii ciała* (2007) pisze, że „przemieszczenie ciała z periferyjnych obszarów badań etnologii do jej centrum przygotował strukturalizm Levi-

wnikliwych badań stał się oczywisty, a wcześniej prawie nieuwzględniany w naukach społecznych podstawowy aspekt kondycji ludzkiej egzystencji, a mianowicie to, że nie tylko posiadamy ciała, ale także jesteśmy ciałami (Turner, 1984)⁷. Oznacza to, że każde doświadczenie jest zakorzenione w ciele i że cielesność jest podstawą tożsamości, relacji z innymi i ze światem. Poprzez ciało komunikujemy się, istniejemy w świecie znaczeń. Zarazem ciało jest poddawane różnorodnym cywilizującym praktykom zależnie od kontekstu kulturowego i płci jednostki. Historyczne i społeczne kategorie rozumienia ciała i formowania męskości, kobiecości i seksualności stały się przedmiotem m.in. analiz socjologicznych. Z kolei krytyka feministyczna jedną z dziedzin swoich badań uczyniła ciało kobiet, co zaowocowało rozwojem feminizmu korporalnego. Analizy feministyczne, genderowe i postfeministyczne pokazały zróżnicowane sposoby przejawiania się płciowości i seksualności oraz ich nieostre granice. Stąd proces „społecznego konstruowania ciała kobiet i mężczyzn” stał się przedmiotem wnikliwych badań. Oznacza to odejście od traktowania ciała jako naturalnego i neutralnego na rzecz przyjęcia pozycji, która traktuje ciało jako tekst, „w który wpisywane są różnorodne konfiguracje społecznie konstruowanych znaczeń męskości i kobiecości” (Melosik, 2010, s. 11)⁸. Warto podkreślić, iż odczytywanie znaczeń ciała nie jest neutralne, gdyż jest powiązane z różnorodnymi dyskursami, kulturowymi przekonaniem, „czym ciało jest i jakie ciało powinno być”.

Badania pokazują, iż szczególnie opresyjne dyskursy dotyczą ciała kobiecego, które musi być zmieniane i modelowane, aby było uznane

-Straussa [(...) poprzez pokazanie (...) – przyp. B.J.], jak myśl „mityczna ustala związki analogii pomiędzy człowiekiem i częściami jego ciała, ciałem społecznym i światem przyrody” (s. 17), K. Łeńska-Bąk, M. Sztandara (red.), *Doświadczane, opisywane, symboliczne. Ciało w dyskursach kulturowych*. Uniwersytet Opolski, Opole 2008, s. 11–24.

⁷ Warto zaznaczyć, iż to uogólnienie w znacznie mniejszym stopniu odnosi się do psychologii i dziedziny z nią związanej, jaką jest psychoterapia. Znaczenie doświadczeń cielesnych w rozwoju było zawsze obecne w psychologii rozwojowej, psychoanalitycznych teoriach wczesnego rozwoju, podejściu psychoterapeutycznym Gestalt. Współczesne zainteresowanie problematyką ciała poszerza i pogłębia znaczenie tego zagadnienia także w psychologii i w psychoterapii. Przykładem książka J.L. Griffith, M.E. Griffith, *The Body speaks. Basic Books*, 1994.

⁸ Dla przypomnienia, jedną z pierwszych prac, która ukazuje, w jaki sposób kultura oddziałuje na ciało, a więc która wskazuje na kulturowe uwarunkowania ciała, jest praca Marcela Maussa, *Sposoby posługiwania się ciałem* wydana w 1934. Wydanie polskie M. Mauss, *Sposoby posługiwania się ciałem*. W: *Socjologia i antropologia*. PWN, Warszawa 1973.

za atrakcyjne i zaakceptowane (Bordo, 2003; Wolf, 2008). Warto jednak zauważyć, że ostatnie lata w coraz większym stopniu także ciało mężczyzn stawiają w centrum uwagi. Jak pisze Zbyszko Melosik (2006, s. 24), „współczesny mężczyzna jest, podobnie jak kobieta, tyranizowany tysiącami medialnych przekazów, nakazujących mu nieustanne monitorowanie swojego ciała i poszukiwania oznak jego nieadekwatności (jako skutek porównywania się z pięknymi modelami z reklam i ekranów)”. Rezultatem jest intensywne ćwiczenie na siłowni, uczęszczanie do solarium, stosowanie diety czy też korzystanie z chirurgii plastycznej. Zdaniem autora oznacza to proces feminizacji męskiego ciała i kryzys tradycyjnie definiowanej męskości. Niewątpliwie obserwujemy zacieranie różnic pomiędzy płciami i odchodzenie od binaryzmu płci, chociaż jednocześnie warto dostrzec, że kultura proponuje wiele alternatywnych wzorców męskości i męskiego ciała. Na przykład oprócz stylu metroseksualnego promującego model chłopca, młodego mężczyzny, delikatnego i wrażliwego, koncentrującego się na własnej cielesności, korzystającego ze zdobyczy współczesnej kosmetologii, przywiązującego ogromną wagę do własnej atrakcyjności fizycznej, odnajdujemy wzór nawiązujący do stylu macho z umięśnioną sylwetką, ciałem kulturysty trenowanym nieustająco na siłowni, wzmacnianym braniem środków stymulujących przyrost masy mięśniowej. Wielość modeli oraz fakt, że zjawisko używania ciała męskiego w przestrzeni społecznej ma stosunkowo krótką historię, sprawia, iż procesy, o których mówimy, wydają się mieć mniejszą intensywność niż w przypadku kobiet. W przypadku kobiet mamy bowiem do czynienia z procesem tak nasilonym, że wydaje się on naturalny i nie do zakwestionowania.

2.1.1. Dyskurs idealnego ciała

Współczesne dyskursy zakładają istnienie pięknego, idealnego ciała kobiecego, które poza tym, że musi być szczupłe, powinno być także sprawne i w określony sposób zadbane. Zadbanie dotyczy w zasadzie każdej części ciała. Jak pisze Susan Bordo (1993, s. 21), „od głowy do stóp każda cecha twarzy kobiety i jej ciała jest przedmiotem modyfikacji”⁹.

⁹ Badaczki zwracają uwagę, że w kulturze zachodniej ingerencje w ciało obejmują już wszystkie sfery. W ostatnich latach idea upiększania w coraz większym stopniu dotyczy genitaliów. Jak pisze Ewa Hyży w „Kulturze i Historii”, 2011, 20, „w ostatniej dekadzie coraz więcej artykułów w takich popularnych magazynach, jak m.in. »Cosmopolitan«, »Marie Claire«, »Harper’s Bazaar«, »Playboy«, »Penthouse«, dyskutuje o kolej-

Upowszechniane w mass mediach obrazy kobiet uznanych przez kulturę za kobiece sprawiają, że kobiety poddają się praktykom, zabiegom, rytuałom, które mają sprawić, że „staną się bardziej kobiece”. Bartky (2007) podkreśla, że dyscyplinowanie kobiet w celu osiągnięcia ciała bardziej kobiecego dokonuje się poprzez wytworzenie ciała o określonym rozmiarze i kształcie, pokazanie go jako ozdoby powierzchni i wreszcie poprzez wytworzenie określonych gestów, postaw, sposobów poruszania się. Stąd współczesne praktyki konstruujące idealne ciało opierają się na diecie, ćwiczeniach fizycznych, wykorzystaniu makijażu i ubioru oraz, w coraz większym stopniu, chirurgii plastycznej. Należy zaznaczyć, iż konstruowanie idealnego ciała wydaje się obligatoryjne: jest przedmiotem nieustannego wysiłku milionów dziewcząt i kobiet, stanowiąc zarazem niemożliwy do osiągnięcia cel. Jak wskazują badania, w kontekście upowszechnionego idealnego obrazu ciała większość kobiet odczuwa głębokie poczucie niedoskonałości swojego ciała, czemu towarzyszy poczucie winy i wstydu (Brown, Dittmar, 2005; Ogedon, 2010).

Naomi Wolf w książce *Beauty myth. How images of beauty are used against women* (1991) pokazuje, jak powszechnie jest podzielany mit piękna, zakładający konieczność posiadania pięknego, idealnego ciała przez kobiety jako wyznacznika ich życiowego sukcesu. Przekonująco wskazuje, że „choć mit ten w jakiejś formie istniał od początku patriarchy, to jego współczesna forma jest stosunkowo nowym wynalazkiem. Mit ten kwitnie, gdy niebezpiecznie rozluźniają się nałożone na kobiety materialne ograniczenia” (Wolf, 2008, s. 104). Badaczka wiąże jego początek z rewolucją przemysłową XIX wieku, która wyłoniła klasę średnią, podniosła poziom życia i wykształcenia, jednocześnie zatrzymując kobiety w przestrzeni życia rodzinnego i „w podporządkowanej pozycji i udomowieniu”. Wcześniej wartość kobiet wynikała z ich zdolności do pracy i chociaż „wygląd zewnętrzny odgrywał pewną rolę, to piękność w dzisiejszym rozumieniu nie miała większego wpływu na szanse kobiet na rynku matrymonialnym” (s.104). Wolf uświadamia jednocześnie, iż mit łączący piękno z seksualnością zarazem pomniejsza lub wyklucza inne wartości posiadane przez kobietę. Zdaniem Wolf jest on źródłem rywalizacji pomiędzy kobietami, także w obrębie relacji rodzinnych.

nych procedurach upiększających, to jest zabiegach waginalnego odmładzania (*vaginal rejuvenation*) i najnowszych operacjach kosmetycznych – labioplastiach (przycinanie, wyrównywanie warg wewnętrznych, wstrzykiwanie tłuszczu pobranego z innych części ciała), pełniących wyłącznie estetyczne funkcje, mimo reklamowania ich jako operacji mających korzystny wpływ na odczucia seksualne”.

Sprawia też, że kobieta, przeżywając siebie jako piękną, czuje się pożądana, zyskuje poczucie pewności siebie. Warto zwrócić uwagę, że współcześnie dyskurs idealnego ciała dotyczy wszystkich kobiet. Ani ciąża, ani macierzyństwo czy wiek nie zwalniają kobiet z konieczności utrzymywania odpowiedniej sylwetki.

Normatywna kobiecość w coraz większym stopniu koncentruje się na ciele kobiety – nie na przeznaczeniu lub nawet zdolności do rodzenia dzieci, ale wymiarze seksualnym. Nie ma nic nowego w tym, że kobiety są zaabsorbowane młodością i pięknem. Nowa jest rosnąca władza wizerunku w społeczeństwie coraz bardziej zorientowanym na media wizualne. Nowe jest rozprzestrzenianie praktyk dyscyplinujących na wszystkie kategorie kobiet w ciągu całego ich życia [tłum. Katarzyna Gawlin i Marcin Starnowski] (Bartky, 2007, s. 71).

Próbując opisać i zrozumieć znaczenie oraz miejsce dyskursu idealnego ciała kobiet w kulturze, należy od razu zaznaczyć, że mamy do czynienia ze zjawiskiem wielowątkowym, mającym odniesienia do różnorodnych procesów zachodzących w kulturze. Jednym z nich jest zmiana stosunku do ciała jako takiego. Badacze podkreślają znaczenie odejścia od tradycji chrześcijańskiej, która w naszym kontekście kulturowym przez wieki kształtowała stosunek do ciała. W tej tradycji ciało było traktowane jako grzeszne i poślednie wobec duszy. Adamski (2009) zwraca uwagę na to, że traktowanie ciała jako bytu niedoskonałego w pierwszych wiekach i średniowieczu wynikało z nasycenia ówczesnych czasów filozofią platońską. Podobnie Hyży (2003) zauważa, że filozofia Platona z jego podziałem na świat materialny, który jest jedynie cieniem wiecznych i doskonałych idei, traktuje „ciało jako niedoskonałą wersję idei”, stąd uznawanie „ciała za więzienie duszy i rozumu” (s. 23).

Jak pisze:

Ciało traktował więc Platon jako miejsce tego wszystkiego, co grozi duszy utratą kontroli, co ją przytłacza, niszczy, co stoi na jej drodze do uzyskania doskonałości. Instruuje, jak uzyskać kontrolę nad ciałem i zdobyć intelektualną niezależność od jego pułapek i iluzji (...), Platon radzi zerwanie z nim kontaktu (s. 23).

Tę relację pomiędzy ciałem a duszą rozwiniętą dalej przez Plotyna, a zasymilowaną przez tradycję chrześcijańską, odnajdujemy wyraźnie w filozofii św. Augustyna. Stąd w konsekwencji przez całe stulecia w kulturze chrześcijańskiej obecny był pogardliwy stosunek do ciała i praktykowane były różne formy „umartwiania” ciała. W późniejszym okresie chrześcijaństwa stosunek do ciała stopniowo ewoluował na rzecz postawy zakładającej pewną troskę o ciało, przy jednoczesnym założeniu, że

podobnie jak inne formy doczesnego życia ciało nie stanowi ostatecznego celu i sensu istnienia (Adamski, 2009). Współczesna laicka kultura odeszła od rozumienia ciała jako podporządkowanego celom duchowym. W społeczeństwach konsumpcyjnych wyemancypowane ciało traktowane jest jako towar i zajmuje coraz większą przestrzeń społeczną. Stało się wyraźnym nośnikiem tożsamości i miejscem oddziaływania norm kulturowych.

2.1.2. Ciało a tożsamość

Kultura nastawiona na konsumpcję i poszukiwanie przyjemności umieszcza ciało w centrum, co więcej, jak wskazują badacze, w coraz większym stopniu „tożsamość człowieka jest postrzegana przez pryzmat jego ciała (...), a człowiek tworzy swoją tożsamość poprzez budowanie wizualnego wizerunku swojego ciała (zgodnie z normami wynikającymi z obowiązującego kształtu wiedzy/władzy)” (Melosik, 2010, s. 19). Erving Goffman (2000), pisząc o ciele „w teatrze dnia codziennego”, zauważa, że jakkolwiek ciało należy do jednostki, to jednak dopiero w społecznym kontekście zostaje określone jako istotne i znaczące, dzięki czemu pośredniczy pomiędzy „tożsamością osobistą a społeczną”. To, jakie znaczenia będą przypisane ciału, poszczególnym jego częściom, sposobom ich prezentacji w przestrzeni społecznej, będzie budowało lub nie poczucie własnej wartości jednostki. Pokazuje to, iż tożsamość w coraz większym stopniu jest kształtowana nie przez to, co „wewnętrzne”, ale przez to, co „zewnętrzne” (Featherstone, 2008). Mike Featherstone (2008) mówi o performatywnym *self*, podkreślając znaczenie wyglądu, prezentowania się czy zarządzania swoim wizerunkiem w kreowaniu tożsamości. Niektórzy z badaczy, analizując omawiane zjawiska, stawiają tezę, iż konsumpcyjna kultura XX wieku wyłoniła nowy typ osobowości, który charakteryzuje się występowaniem narcystycznych cech (Lasch, 1979). Wśród tych cech wymienia nadmierną koncentrację na sobie, przewlekłe zaniepokojenie swoim stanem zdrowia, życie w lęku przed starzeniem się i śmiercią, doświadczanie stałego niezadowolenia z siebie, nieumiejętność tworzenia rzeczywistych relacji przyjaźni, przy jednoczesnym „głodzie” emocjonalnych doświadczeń, czy wreszcie siłę fantazji o omnipotencji i wiecznej młodości.

Wielu badaczy podkreśla, że kobiety są szczególnie podatne na dyskurs idealnego ciała (Bordo, 1993; Bartky, 2007; Kaschack, 1996; Wolf, 1991). Jak wskazuje Melosik (2010, s. 24):

Od wczesnego dzieciństwa płeć kobiety jest konstruowana poprzez wygląd. Kobieta uprzedmiotawiana nieustannie przez innych (poprzez normatywne oczekiwanie wobec jej ciała) – uprzedmiotawia sama siebie. W rezultacie ciało, jako uosobienie kobiecości, staje się dla niej podstawą konstruowania tożsamości.

Zwraca się uwagę, iż kobiety od stuleci były oceniane za wygląd, który był podstawowym wymiarem mogącym zmienić ich życie, poddawane były szczególnym praktykom zmieniającym ich ciało, mimo iż niektóre z praktyk były nie tylko szczególnie bolesne, ale zagrażały ich życiu i zdrowiu (Bordo, 1993; Bartky, 2007). Dla ilustracji można wspomnieć choćby zwyczaj krępowania stóp istniejący w Chinach przez stulecia¹⁰ czy wydłużanie szyi kobietom birmańskiego plemienia Paduang.

Kaschack (1996) podkreśla, iż ciało jest rdzeniem tożsamości kobiet. Kobięca tożsamość zawsze opiera się na cielesności, która podlega ciągłym ocenom. Wartościowanie dokonywane jest przez środowisko kulturowe, którego nośnikiem jest każdy członek społeczeństwa. W procesie budowania swej tożsamości kobieta internalizuje nieokreślonego obserwatora, którym jest zazwyczaj maskulinistyczny kontekst kultury, tzw. męskie oko. To sprawia, iż poddaje się różnorodnym zabiegom, niekiedy szkodliwym czy niebezpiecznym, pozostaje w sprzeczności pomiędzy odczuciami a sposobem prezentacji siebie, jest nadmiernie wrażliwa na ocenę, która ulega fluktuacji zależnie od zmieniającego się kontekstu. Poddając się zabiegom, jednocześnie musi pozostawać „naturalna”, co jest kolejnym obszarem konstruującym poczucie wewnętrznej sprzeczności. W tym kontekście pewną iluzją staje się budowanie poczucia autonomii przez kobiety: zależne od ocen, przeglądające się dosłownie i metaforycznie w lustrach, mające potwierdzić posiadanie właściwego ciała.

Bartky (2007) wskazuje, że przekształcanie swojego ciała przez kobiety może pełnić wiele funkcji. Zmiana wizerunku może być rytuałem przejścia do dorosłości, co jest powszechnie obserwowane w okresie dojrzewania. Może wyrażać przyjęcie określonej estetyki i stopień identyfikacji z danym stylem w procesie definiowania tożsamości. Ale też infor-

¹⁰ Krępowanie polegające na ciasnym bandażowaniu stóp i w rezultacie prowadzące do złamania kości śródstopia zaczynało zazwyczaj u dziewcząt w wieku 5–12 lat. W celu przyspieszenia procesu dziewczynka stosowała dietę, która miała wywołać zmiękczenie kości, co ułatwiałoby złamanie i deformację. Krępowanie było źródłem wielkiego bólu i uniemożliwiała swobodne poruszanie się. Szacuje się, że na skutek infekcji spowodowanych złamaniem umierało co najmniej 10% dziewcząt, a mimo to praktyka ta była kontynuowana (Ogedon, 2010).

muje o statusie społecznym i ekonomicznym danej osoby¹¹. Może też być sposobem rozwiązywania rywalizacji z innymi kobietami, czy to w kontekście relacji zawodowych, czy osobistych, np. w relacji z mężczyznami. Koncentracja na ciele może także stanowić sferę zaspokajania pragnień i potrzeb: potrzeb narcystycznych lub związanych z chęcią zwiększenia poczucia kontroli. Badaczka wyraża pogląd, że kobieca podmiotowość i tożsamość jest w znaczącym stopniu kształtowana w obrębie praktyk dyscyplinujących, które konstruują kobiece ciało, stąd internalizacja oczekiwań kulturowych i kreowanie obrazu ciała zgodnie z oczekiwaniami kulturowymi daje poczucie sukcesu oraz kontroli i stabilizuje tożsamość. Wydaje się, że skutek stabilizowania tożsamości jest szczególnie silnym mechanizmem podtrzymującym starania zmierzające do uzyskania „właściwego” ciała.

Gdy ciało zaczyna być substytutem tożsamości, wygląd staje się podstawowym wymiarem, na jakim opiera się akceptacja i samoakceptacja, a ciało zaczyna być poddawane praktykom zgodnie z obowiązującym dyskursem piękna. Warto pamiętać, iż dyskurs ten zakłada szczupłość (w różnych okresach graniczącą z chudością), niezależnie od konstytucji biologicznej, predyspozycji, wieku kobiet. Jakie teksty są wpisane w idealne szczupłe ciało? Jak już zaznaczono wcześniej, szczupłość oznacza atrakcyjność fizyczną, w tym seksualną (Bordo, 2003). Ale też szczupłość jest interpretowana jako wyraz kontroli, samodyscypliny, pozytywnych cech charakteru, takich jak wrażliwość, inteligencja. Z kolei osoby otyłe, niezależnie od kontekstu kulturowego, wieku, pochodzenia etnicznego, spostrzegane są jako pozbawione samodyscypliny, leniwe, mniej inteligentne i mniej pracowite, niezaradne i niesympatyczne (Ogedon, 2010). Nie jest więc zaskakujące, iż szczupłość jest powszechnie promowana. Wykorzystywana w reklamach w powiązaniu z eksponowaniem seksualności, jest synonimem sukcesu, a kobiety szczupłe stają się obiektem podziwu i pożądania.

Badaczki feministyczne podkreślają, że dyskurs szczupłego ciała nieuchronnie powiązany z dietą wyraża patriarchalne podprządkowanie

¹¹ Turner (1984) formułuje opozycyjną tezę, wskazując, iż z rozwojem kapitalizmu reprezentacja jednostki w coraz większym stopniu oderwana jest od pozycji społecznej i ról instytucjonalnych, „tożsamość musi być nieustannie wytwarzana w interakcjach twarzą-w-twarz, ponieważ konsumeryzm i rynek masowy zlikwidowały, albo przynajmniej zatarły, zewnętrzne oznaki społecznych i indywidualnych różnic (za: C. Shilling, *Socjologia ciała*. PWN, Warszawa 2010, s. 109).

kobiet, gdyż zmusza kobiety do koncentracji na ciele, podważa ich samoocenę, zawęża ich aspiracje życiowe (Bordo, 2003; Bartky, 2007).

Josine Arondeus i Winny Weeda-Mannak (1991), analizując źródła kultury szczupłości, zwracają uwagę, że historycznie symbolizowała ona społeczną i seksualną wolność. Lata sześćdziesiąte ubiegłego wieku, które masowo wypromowały szczupłość, to jednocześnie okres kontrkultury z próbą przekraczania barier społecznych i norm kulturowych. Odejście od macierzyńskiej sylwetki kobiecej na rzecz szczupłej dziewczęcej sylwetki o małych piersiach i wąskich biodrach może być interpretowane jako wyraz wyzwolenia seksualnego kobiet, oddzielenia seksualności od funkcji prokreacyjnych i tradycyjnej roli matki i żony skoncentrowanej na prowadzeniu domu oraz opiece nad dziećmi. Warto zauważyć, że tradycyjnie kobiecość była definiowana opozycyjnie w stosunku do takich męskich cech czy wartości, jak niezależność, skuteczność czy możliwość wyrażania negatywnych uczuć, takich jak złość. Stąd szczupłość może być interpretowana jako zaproszenie do androgynicznej niezależności. Z kolei konieczność podejmowania nieustannego i niekończącego się wysiłku w celu uzyskania, a następnie utrzymania niskiej wagi podtrzymuje zależność i jest odległa od „rzeczywistego upodmiotowienia” (Wolf, 2008).

W rozpowszechnieniu idei szczupłości nie sposób nie wspomnieć o roli mody i nowego typu modelek, przypominających swoją figurą bardziej nastoletnie dziewczęta niż dorosłe kobiety. Ikona lat sześćdziesiątych, Twiggy, ważyła 41 kg przy wzroście 165 cm i ze swoją chłopięcą figurą była zaprzeczeniem wzorów kobiecości z lat pięćdziesiątych¹². Niemniej to jej figura stała się wzorcem dla lalki Barbie zaprojektowanej przez firmę Mattel (Rogers, 2003).

Kultura szczupłości ma swoje źródła także w promowaniu zdrowego stylu życia, w programach medycznych i profilaktycznych, których celem było zapobieganie chorobom cywilizacyjnym. Od lat siedemdziesiątych w Stanach Zjednoczonych były prowadzone ekspansywne kampanie promujące szczupłość i piętnujące nadwagę u obu płci, chociaż to otyłe kobiety były szczególnie poddane presji odchudzania się¹³. W konsekwencji możemy od kilku dekad obserwować zjawisko, które przybrało

¹² Twiggy Lawson rozpoczęła karierę modelki w wieku 16 lat pod koniec lat sześćdziesiątych. Jej typ urody charakteryzujący się drobną dziecięco-dziewczęcą sylwetką stał się kanonem piękna kobiecego, a Twiggy ikoną nowego wzorca kobiecości.

¹³ W 1963 roku w Stanach Zjednoczonych, a w 1967 w Wielkiej Brytanii powstała organizacja Weight Watchers, w 1969 roku w Wielkiej Brytanii ukazał się pierwszy

formę lęku przed tłuszczem (*fatphobia*), a podejmowanie diet odchudzających zostało dodatkowo wkomponowane w strategię prozdrowotne, przedłużające życie. W tym kontekście warto zauważyć wyłonienie się nowego zjawiska społecznego określonego jako ortoreksja, polegającego na obsesyjnej koncentracji na jedzeniu, jego właściwościach odżywczych i zdrowotnych, a także na sposobach jego przechowywania i przygotowania. Ortoreksja, po raz pierwszy opisana w 1997 roku przez Stevena Bratmana, jest formą praktykowanej ideologii spożywania „właściwej, zdrowej żywności”.

2.1.3. Dieta

Nie ulega wątpliwości, że dyskurs diety stał się dominującym elementem kultury zachodniej w ostatnich dekadach i ma istotne znaczenie w kontekście omawianych zagadnień. Warto podkreślić, że praktyka diety nie jest zjawiskiem nowym. Stosowanie diet, jedzenie wybiórczych produktów ma tak długą tradycję jak historia medycyny. Zarówno w starożytnych, jak i w nowożytnych tekstach lekarzy i filozofów można odnaleźć pochwałę stosowania diet, często bardzo restrykcyjnych. Vandereycken i van Deth (1994) przytaczają teksty Hipokratesa, w których konsekwentnie zaleca on diety jako metody leczenia chorób, a także sposoby podtrzymywania zdrowia. Przez stulecia diety stanowiły podstawę terapii i dopiero od XVII wieku straciły na znaczeniu, by na nowo powrócić pod koniec XIX wieku w powiązaniu z odkryciami z zakresu medycyny, biologii, chemii. Wiek XX to pojawienie się niezliczonych diet zarówno w kontekście leczenia, jak i tzw. zdrowego żywienia. W Europie, szczególnie w Niemczech, do połowy lat pięćdziesiątych ubiegłego wieku propagowano kuracje polegające na restrykcyjnych dietach zarówno dla chorych, jak i dla zdrowych. Rozpowszechnione było przekonanie, że „choroba to nic innego, jak walka organizmu z zalegającymi resztkami, stąd aby umożliwić naturalny proces oczyszczania, nie można organizmowi przeszkadzać dostarczaniem nowego pokarmu” (Vandereycken, van Deth, 1994, s. 111).

Współcześnie bycie na diecie straciło swoją wyjątkowość i stało się zjawiskiem powszechnym. Diety stanowią istotną część tzw. filozofii zdrowego stylu życia i alternatywnej medycyny. Stały się również spo-

numer magazynu „Sliming”. Od końca lat sześćdziesiątych coraz bardziej agresywnym celem kampanii reklamowych stały się środki odchudzające (Ogedon, 2010).

sobem regulowania ciężaru ciała, utrzymywania szczupłej sylwetki czy dążenia do niej, tworzenia wizerunku siebie, formowania tożsamości. Warto zaznaczyć, że dyskurs diety jest szczególnie adresowany do kobiet. One są głównym celem reklam telewizyjnych, w czasopiśmie dla kobiet diety są stale obecne jako sposoby utrzymania szczupłości lub zdobycia atrakcyjności. Ogedon (2010) przytacza, że około 70% kobiet przynajmniej raz w swoim życiu stosowało dietę, a w danym momencie na diecie jest około 40%. Badania pokazują, że większość kobiet nie jest zadowolona z własnego ciała, ma poczucie, że jest za gruba. Z badań przytoczonych przez Bordo (2003) wynika, że z 33 tysięcy zbadanych kobiet 75% określało siebie jako „za tłuste”, chociaż w tej badanej grupie tylko 25% miało nadwagę, a 30% niedowagę. Dodatkowo w grupie z niedowagą 45% było przekonanych o swojej nadwadze. Dane te uświadamiają, jak bardzo jest zinternalizowany dyskurs szczupłej sylwetki i jak dalece kobiety odczuwają presję na zmianę swojego wyglądu. Jak wspomniano, stosowanie diety i podtrzymywanie szczupłości wpisuje się także w dyskurs zdrowia. Szczupłość ma zaświadczać o zdrowiu, co sprawia, że automatycznie osoby z nadwagą traktowane są jako „mające problem ze zdrowiem”. Melosik (2010) zauważa, że „pojęcie zdrowia nie zostaje nigdy jasno zdefiniowane, stanowi jednak niezbędne tło” dla sformułowania tego przekazu (s. 54). Jednocześnie zwraca uwagę na brak informacji o ryzyku zdrowotnym podejmowanych diet, a także o na ogół ich bardzo małej skuteczności¹⁴. Ogedon (2010) na podstawie przeglądu badań wiarygodnie przekonuje, iż konsekwencją stosowania diet są u większości odchudzających się osób epizody przejadania się, poczucie utraty kontroli, zaabsorbowanie jedzeniem, zmiany nastoju lub obniżony nastrój. Co więcej, zazwyczaj po pewnym czasie odchudzanie jest nieskuteczne i wiąże się przyrostem masy ciała do poprzedniego stanu lub nawet przekracza wyjściowy ciężar ciała. Dieta restrykcyjna może też być czynnikiem ryzyka dla rozwoju anoreksji, bulimii lub otyłości. Warto pamiętać, iż w procesie upowszechniania diety, niezależnie, czy jej celem jest podtrzymanie zdrowia, czy dążenie do osiągnięcia lansowanego w kulturze szczupłego ciała, ogromne znaczenie odgrywa przemysł farmaceutyczny związany z wprowadzeniem produktów służących redukcji ciężaru ciała.

¹⁴ Brownell i Wadden (1992) na podstawie analizy wielu badań wskazują, że po pierwszym roku od zakończenia diety spadek ciężaru w stosunku do wagi wyjściowej wynosi 60–70%. Jednakże dane zebrane po 3 i po 5 latach od zakończenia terapii wskazują, że około 90–95% osób powraca do wagi wyjściowej (za: Ogedon, 2010).

Bauman (2007) stawia tezę, że obsesja zdrowego jedzenia i lęku przez „tłuszczem” wyraża współczesne lęki i jest „powracającą i uwspółcześnioną wersją nieustannego konfliktu między wolnością a bezpieczeństwem” (s. 154).

To, że tłuszcz stał się dla ludzi tak istotną kwestią, wiąże się – jak można się tego domyślić – z podniesieniem ciała do rangi głównego wyznacznika wartości towarów konsumpcyjnych. Kulturowa wojna o kształt naszego stulecia czerpie swój animusz i impet z podstawowej wieloznaczności określającej człowieka w powstającym na naszych oczach społeczeństwie konsumentów (s. 154).

Medycyna alternatywna także umieszcza dietę w centrum zainteresowania. Oto fragment jednej ze stron reklamujących stosowanie właściwej diety w ramach alternatywnej medycyny: „Jak już wcześniej zostało powiedziane, jesteśmy tym, co jemy. Spożywane produkty mogą mieć dla nas pozytywne terapeutyczne znaczenie lub też niszcząco wpływać na nasze ciało” (www.osrodekterapiinaturalnej.pl/index.php5; data dostępu: 20.12.2012). Podkreślanie, że jesteśmy tym, co jemy, pokazuje, że jedzenie przestaje być pożywieniem koniecznym do przeżycia lub mającym działanie lecznicze, a staje się dziedziną konstruującą indywidualną tożsamość. Konstruowanie nowej tożsamości, a nie tylko utrata ciężaru ciała i osiągnięcie szczupłej sylwetki, jest dodatkowym istotnym celem diet propagowanych w magazynach dla kobiet czy gazetach codziennych¹⁵. Nowe ciało i nowa uzyskana tożsamość mają być czynnikiem radykalnie odmieniającym życie osoby: jej status społeczny i zawodowy, sytuację osobistą. Mają ją uczynić atrakcyjną, pewną wiary w siebie i dumną z powodu wytrwałości i umiejętności dyscyplinowania siebie.

Badaczki feministyczne podkreślają, że dieta stała się współcześnie jedną z podstawowych form dyscyplinowania kobiecego ciała w celu budowania „właściwego” wizerunku jednostki, „właściwej” tożsamości. Często jest łączona z aktywnością fizyczną, gimnastyką, siłownią czy za-

¹⁵ Przykładem jest „Gazeta Wyborcza” prowadząca od kilku lat akcję społeczną „Polacy od(wagi)!”, której celem jest zachęcanie czytelników do odchudzania w związku z nadwagą i otyłością. Jeden z artykułów promujący odchudzanie nosi wymowny tytuł: *Dieta to styl życia* (22–23 maja 20120, s. 30–40). http://wyborcza.pl/1,105266,7697427,Polacy_od_wagi.html#ixzz22URO1XY8. Zawiera on wypowiedzi uczestników programu odchudzania wskazujące, że wraz z utratą kilogramów uzyskali nowe możliwości, nową tożsamość: „To już nie dieta, to styl życia. Odkrywam nieznanne mi pokłady silnej woli i samozaparcia, nauczyłem się, jak aktywnie żyć i jak się odżywiać, jak odpoczywać i jak odmawiać rzeczy uznanych wcześniej za najprzyjemniejsze w życiu” (Michał P., 33 lata).

jęciami fitness, gdyż idealne ciało ma być nie tylko szczupłe, ale także sprawne, sprężyste, wymodelowane. Bauman (2007) zauważa, że „ideał sprawności fizycznej nie pozwala nawet na chwilę wytchnienia, a w każdym razie nie pozwala myśleć o wytchnieniu z czystym sumieniem i bez lęku. Walka o sprawność fizyczną jest wewnętrznym przymusem, który szybko zamienia się w nałóg” (s. 147–148). Współcześnie dyskurs fitness, dyskurs sprawności fizycznej dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn, przy czym mężczyźni, ogólnie odwrotnie niż kobiety, zainteresowani są znacznym powiększeniem masy mięśniowej swojego ciała. Na marginesie warto przypomnieć, że to głównie u mężczyzn rozpoznaje się bigoreksję, zespół polegający na obsesyjnym zabsorbowaniu wyglądem zewnętrznym, stopniem umięśnienia, ciężarem ciała, dietą i środkami zwiększającymi przyrost tkanki mięśniowej¹⁶.

Badaczki feministyczne podkreślają, iż oczekiwanie, aby kobiety były na niskokalorycznych dietach, to zmuszanie ich do stałego odczuwania głodu. Jak pisze Wolf (1994, s. 99) „w Indiach najbiedniejsze kobiety jedzą 1400 kalorii dziennie, czyli o 600 więcej niż kobiety na diecie Hiltona”. Stąd z perspektywy feministycznej problem diet, ale też zaburzeń jedzenia, sytuuje się w sferze publicznej jako problem polityczny. Podkreśla się, że kultura formułuje wobec kobiet oczekiwania sprzeczne z ich biologią, co więcej, ma to miejsce w kulturze nadmiaru, konsumpcji, zapraszania do podążania za pragnieniami i popędami. Bauman (2007) określa ten aspekt kultury jako „spektakularny przykład wykluczających się wzajemnie oczekiwań społecznych”, wyrażający swoiste „rozdwojenie jaźni”, którego współcześnie doświadczamy. Jako ilustrację podaje, iż na liście bestsellerów w Stanach Zjednoczonych „pojawiają się niezmiennie dwa rodzaje książek: książki kulinarne, podające przepisy na coraz bardziej wyszukane, smakowite i nęcące potrawy, oraz poradniki dietetyczne, obiecujące niezawodne sposoby na zachowanie szczupłej, smukłej i atrakcyjnej sylwetki” (Bauman, 2007, s. 140). Przegląd polskich czaso-

¹⁶ Bigoreksję można uznać za odmianę dysmorfofobii mięśniowej. Wyraża się w subiektywnym poczuciu posiadania niewystarczającej masy mięśniowej, co wzbudza niepokój, lęk i niezadowolenie z własnego ciała. Szacuje się, że zaburzenie występuje u około 10% mężczyzn wyczynowo uprawiających kulturystykę. Istotnym aspektem zespołu jest niemodyfikowanie obrazu ciała mimo uzyskiwanych fizycznych zmian. Zaburzenia percepcji ciała, koncentracja na jedzeniu, lęk i poczucie winy, w przypadku nieprzeżyczenia narzuconych rygorów (w tym rygorów diety), sprawiają, że jest to zespół zbliżony do anoreksji, H.G. Pope, K.A. Phillips, R.H.G. Olivardia, *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*. Simon & Shuster, New York 2000.

pism kierowanych do kobiet potwierdza ten podwójny sprzeczny przekaz. Zwierają one nieodmiennie, obok tekstów skłaniających do krytycznej oceny własnego ciała i motywujących do podjęcia „odpowiednich kroków”, aby to zmienić, przepisy potraw, które nieodzownie powinny być przygotowane i smakowane¹⁷.

2.1.4. Ciało kobiety społecznie konstruowane

Niezależnie od motywów zmienianie ciała jest jednym z aspektów złożonego historycznego procesu cywilizowania ciała dokonującego się w ciągu wieków. Jak pisze Buczkowski (2005), opierając się na koncepcji Eliasa (1980) i pracach Shillinga (1996), „proces cywilizowania polega przede wszystkim na społecznej regulacji popędów oraz kontrolowaniu emocjonalności” (Buczkowski, 2005, s. 63) i obejmuje trzy etapy: socjalizowanie, racjonalizowanie i indywidualizowanie ciała. Ten pierwszy wiąże się z wyłonieniem się ciała jako kategorii znaczącej, co badacze łączą z momentem pojawienia się na scenie społecznej arystokracji jako warstwy społecznej i dworu jako instytucji. Następuje wówczas wzrost kontroli społecznej nad funkcjami ciała, którymi wcześniej kierowały naturalne potrzeby biologiczne zaspokajane w przestrzeni publicznej. Z kolei ciało stało się „miejszem sytuowania kodów dotyczących poprawnych i nieakceptowanych zachowań (...), a normy kształtujące zachowanie, szczególnie w kontekście zarządzania funkcjami ciała, stały się elementem oddziaływania na jednostkę, z czasem jej zasadą postrzegania siebie i źródłem dumy” (Buczkowski, 2005, s. 66). Cywilizowanie ciała obejmuje: formułowanie zasad rządzących strojem, reguł dotyczących czystości ciała i jego zapachu oraz wyodrębnienie społecznie znaczących części ciała (u kobiet stają się nimi piersi). Następny etap to racjonalizowanie ciała, przez który należy rozumieć „proces umieszczania ciała w gęstej siatce znaczeń i wyjaśnień jego funkcjonowania” (Buczkowski, 2005, s. 239). Istotną staje się kontrola zachowań impulsywnych, kontrola ciała jako całości, ale także poszczególnych jego elementów. Nadane znaczenia, a więc w ujęciu Foucaulta wiedza, zostają tym samym powiązane z kategorią władzy. Od początku XVIII wieku rozwijająca się intensywnie nauka nastawiona na poznawanie człowieka prowadzi do instytucjonalizacji ciała oraz jego

¹⁷ Krytyczny stosunek do swoistego kultu diety nie kwestionuje danych medycznych, które wskazują, iż duża nadwaga jest czynnikiem ryzyka rozwoju wielu chorób, takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca czy choroba wieńcowa.

medykalizacji. Zmiana modelu ciała z jednopłciowego na dwupłciowy inicjuje proces „wytwarzania” ciał kobiety i mężczyzny w ramach zróżnicowanych dyskursów, w tym szczególnie w dyskursie medycznym. Jest to istotny etap dla rozumienia nierówności pozycji kobiety i mężczyzny i miejsca kobiecego ciała w kulturze. Ostatnim etapem jest indywidualizowanie ciała, czyli „umieszczenie ciała w prywatnej przestrzeni jednostki – kontaktu z nim, przyjemności płynących z dotykania, pielęgnowania, patrzenia, czucia ciała” (Buczkowski, 2005, s. 239). Zdaniem Buczkowskiego „wytworzenie dwupłciowego ciała, przywiązanie wartości społecznej do różnicy biologicznej oraz proces medykalizacji ciała miały bardzo istotny wpływ na relacje jednostki z własnym ciałem” (s. 240). Indywidualizowanie się ciała jest aspektem wyodrębniania się podmiotowości jednostki, co, jak wskazują socjologowie, w kulturze europejskiej miało miejsce na przełomie XVIII i XIX wieku.

Cywilizowanie ciała wiąże się z jego dyscyplinowaniem. To, co istotne w tym procesie, to brak formalnych instytucji dyscyplinujących. W przeszłości instytucje dyscyplinujące były, jak to pokazał Foucault, związane z funkcjonowaniem nowoczesnych instytucji, takich jak szkoła, fabryka, szpital, wojsko, więzienie, które egzekwowały właściwe zachowania postawy ciała. Współcześnie tak funkcjonujące ośrodki władzy nie istnieją, nie ma też formalnych sankcji za niepodejmowanie praktyk zmieniających ciało. Władza jest rozproszona, jest władzą dyskursu, który jest zinternalizowany, zazwyczaj bez uświadamiania sobie tego procesu (Foucault, 1988, 1998).

Badaczki feministyczne twierdzą, iż kobiety są „ofiarami” piękna, które w praktyce jest integralną częścią polityki patriarchalnych społeczeństw (Bordo, 1993; Wooley, 1994). Podkreślają androcentryczny charakter kultury, w której to mężczyźni definiują normę, a atrakcyjność kobiet podnosi status społeczny mężczyzn. „W świecie definiowanym przez to, co męskie, kobieta jest obiektem męskiej percepcji”, władzę nad wizerunkiem kobiety posiadają mężczyźni, a „przyjemność kobiet ma polegać na postrzeganiu siebie jako wyidealizowanego obiektu męskiego spojrzenia” (Melosik, 2010, s. 28). Feministyczna krytyka kultury wskazuje, iż wyzwolenie kobiet jest pozorne: w przeszłości kobiety były więźniami ogniska domowego i macierzyństwa, a współcześnie są więźniami własnego ciała (Wolf, 2008). Badaczki dostrzegają w tym element społeczny podporządkowania i wyraz kontroli społecznej. Jak ujmuje to Bordo (1993): „(...) kobiety coraz więcej czasu spędzają na zajmowaniu się swoim ciałem, na jego dyscyplinowaniu (s. 166). Starania, aby sprostać wymaganiom dotyczącym wyglądu, kształtu ciała sprawiają, że

kwestie te stają się dla nich centralne. Stają się one więźniami swojego ciała i całe życie dążą do przystrajania własnego więzienia (s. 18)”.

Z tej perspektywy wolność, emancypacja jest złudzeniem: „poprzez gotowość do podążania za tyranią ideału szczupłości kobiety koncentrują się w swoim życiu na poszukiwaniu fałszywej władzy i kontroli, rezygnując z działań na rzecz rzeczywistego upodmiotowienia” (Kilbourne, 1994, s. 396).

W procesie społecznego kształtowania kobiecego ciała specjalną rolę przypisuje się środkom masowego przekazu (Kilbourne, 1994). To media najpełniej promują i kreują wizerunek „właściwego” kobiecego ciała. Analiza reklam bardzo przekonująco pokazuje, iż ciało kobiet jest powszechnie wykorzystywane, często w sposób, który podkreśla seksualność. Badacze zwracają także uwagę na fragmentaryzację ciała kobiet w reklamach, co jest dowodem na ich uprzedmiotowienie. Szczególna rola przypada czasopismom kolorowym dla kobiet. W zasadzie każdy numer każdego z czasopism promuje idealne ciało i zawiera instrukcje, jak należy je osiągnąć. Dla przykładu przytoczę jedną z zalecanych praktyk, dotyczącą masażu twarzy, a zatytułowaną: *Kurs nakładania kremu*:

Do delikatnego wymasowania twarzy i szyi możemy użyć oliwki lub mleczka do demakijażu. Zrezygnujemy wtedy z wacików kosmetycznych. Przy nakładaniu preparatu gołymi rękami ogrzewamy go, produkt lepiej się rozprowadza na skórze i działa efektywniej (...). Nie rozciągamy skóry, więc demakijaż jest delikatniejszy (...). Kremy czy maseczki powinnyśmy rozprowadzać delikatnymi kolistymi ruchami palców na dekolcie, szyi, brodzie, policzkach i czole (...). Pod oczami, przy skroniach i na powiekach preparat lekko wklepujemy. Jakich gestów unikać, by nie robić skórze krzywdy? Mocnego ugniatania, szczypania, rozciągania, bo powoduje to dyskomfort i mikro-uszkodzenia naskórka. (...). Nie należy też trzeć twarzy. Bez przygotowania zawodowego nie powinnyśmy wykonywać żadnych ruchów uciskowych lub drenujących skórę (...). (Lewicka-Stachowicz, *Piękne gesty*. „Zwierciadło”, 2008, 9/1943, s. 145).

Przytoczony fragment to tylko część znacznie większej całości zilustrowanej dodatkowo rysunkiem, pokazującym kierunki ruchów, jakie należy wykonywać. Już sam tytuł i tekst brzmią z jednej strony humorystycznie, z drugiej pokazują, że przekaz kierowany do kobiet nakazuje im podjęcie bardzo precyzyjnych zachowań, aby osiągnąć „właściwy” skutek. Dodatkowo ujawnia, w jakim stopniu podważane są kompetencje kobiet: tutaj w kwestii tak podstawowej, jak nałożenie i rozmasowanie kremu na twarz, zarazem ilustruje presję konieczności oddania się władzy „ekspertów”.

Trudno przecenić wpływ mody, lansowanego typu urody i sylwetki kobiecej na omawiane procesy. Lata osiemdziesiąte to szczególne nasilenie bardzo chudych, często chorujących na anoreksję lub bulimię modelek, z przypadkami śmierci z powodu wyniszczenia¹⁸. Od lat dziewięćdziesiątych obserwujemy narastanie presji społecznej, aby nie zatrudniać modelek o rozmiarach poniżej 38. I chociaż jako rezultat tej polityki pojawiają się też modelki o większych rozmiarach, to wciąż jest to zjawisko odosobnione¹⁹.

Z perspektywy historycznej wyraźnie widać, jak bardzo w kolejnych epokach zmieniały się kanony urody i ciała kobiet uznawanych za piękne i pożądane. Aby spełnić kulturowe oczekiwania, kobiety modyfikowały swoją figurę za pomocą stroju. Przykładem może być noszenie gorsetu czy specjalnych halek poszerzających biodra. Stopniowe odsłanianie ciała, z którym mamy do czynienia konsekwentnie od lat dwudziestych ubiegłego wieku, zmusza do zmieniania ciała jako takiego. Zredukowane maksymalnie kostiumy kąpielowe obligują do posiadania idealnej figury.

Media natrętnie promują także diety i normalizują korzystanie z chirurgii plastycznej. Warto pamiętać, że za reklamami kryje się ogromny rynek kosmetyków, suplementów diety, środków odchudzających. Dla ilustracji można przytoczyć, iż w 2008 roku wartość rynku suplementów diety w Polsce przekroczyła 1,7 mld zł, czyli wzrosła o 24% w stosunku do 2007 roku. W związku z ogólnym kryzysem przewidywano, że w latach 2011–2013 rynek suplementów diety w Polsce będzie się rozwijał w tempie około 9–15% rocznie²⁰.

¹⁸ Pod koniec 2010 roku zmarła Isabelle Caro, modelka, której problemy z jedzeniem i wagą trwające od 13. roku życia przybrały formę chronicznej anoreksji. W ostatnich latach Isabelle rozpoczęła świadomą walkę z chorobą i stała się twarzą kampanii uświadamiającej, czym jest anoreksja. W 2007 roku Caro wystąpiła w szokującej sesji zdjęciowej, w której pokazała swoje skrajnie wychudzone ciało. Rok temu ukazała się jej książka pod tytułem *The Little Girl Who Didn't Want To Get Fat*, w której modelka opisała swoje codzienne zmagania z chorobą.

¹⁹ Jako przykład nowych tendencji w przemyśle modowym przytacza się 23-letnią Crystal Renn, noszącą ubrania w rozmiarze 42–44. Ogólnie jednak zatrudnianie modelek o normalnym wyglądzie jest zjawiskiem bardzo rzadkim. Warto też dodać, że wymieniona modelka ma za sobą historię własnej anoreksji zapoczątkowaną odchudzaniem, wynikającym z chęci sprostanania oczekiwaniom agencji mody.

²⁰ <http://wiadomosci.nf.pl/News/32102/Rynek-suplementow-diety-osiagnie-wartosc-25-mld-zl-w-2012/PMR-suplementy-diety-wartosc-rynku/> (data dostępu: 10.11.2012).

2.1.5. Medykalizacja kobiecego ciała

Analizując procesy społecznego tworzenia ciała, warto więcej miejsca poświęcić zjawisku medykalizacji kobiecego ciała i problematyce płci kulturowej. Jak to pokazał Foucault (1987), istotą medykalizacji jest interpretowanie zachowań odmiennych, „innych” w kategoriach medycznych (zdrowie/choroba) i ich eliminowanie, kontrolowanie poprzez proponowane praktyki medyczne. Co istotne, dyskurs medyczny, jego instytucjonalizacja oddaje stosunki władzy w danym społeczeństwie w danym okresie historycznym i je podtrzymuje. Często obiektem medycznej stygmatyzacji objęte są grupy o podrzędnej pozycji społecznej: dzieci, osoby stare, mniejszości etniczne, ale także kobiety. Buczkowski (2005) wskazuje, że medykalizacja ciała kobiecego i męskiego jest powiązana z wyłonieniem się dwupłciowego modelu ciała opartego na różnicach w budowie biologicznej i funkcjonowaniu seksualnym. Autor zwraca uwagę, że aż do połowy XVIII wieku, mimo oczywistych zewnętrznych różnic w budowie anatomicznej, ciała kobiet i mężczyzn były opisywane jako podobne do siebie, a różnice polegały na „stopniach odmienności, a nie rodzaju odmienności” (s. 117). Oznacza to, że model jedнопłciowy sytuował różnicę pomiędzy kobietą a mężczyzną głównie w charakterze wypełnianych ról społecznych, spójnie do określonego porządku świata zakorzenionego w religii²¹. Jak pisze Buczkowski (2005, s. 120):

Ludzie [w dawnych epokach – przyp. B.J.] nie postrzegali człowieka poprzez jego rzeczywistą płć biologiczną i różnicę seksualną. Pytanie o płć biologiczną nie miało większego sensu. Raczej wszyscy dzielili przekonanie, że istnieje tylko jeden model ciała, którego doskonałym ucieleśnieniem był

²¹ Jak wskazuje Buczkowski, przez stulecia aż do XVIII wieku przyjmowano za Arystotelesem, Hipokratesem i Galenem, iż „ciało człowieka składa się z czterech humorów odnoszących się do czterech elementów kosmosu: krew (jak powietrze) była ciepła i wilgotna, flegma (woda) była zimna i wilgotna, żółta żółć (ogień) była ciepła i sucha i czarna żółć (ziemia) była zimna i sucha”. Kobiecość i męskość „była rezultatem układu czterech żywiołów w organizmie”. Rzeczy ciepłe i suche (wartościowane najwyżej) ujmowane były jako męskie, wilgotne i zimne jako kobiece. „Człowiek rodził się z odpowiednim natężeniem czterech podstawowych elementów, a jego wyposażenie biologiczne było wobec nich wtórne. Posiadanie kobiecego ciała znaczyło wówczas bycie odwróconym, a przez to mniej doskonałym mężczyzną (...). Płć kulturowa – jak ją dzisiaj nazywamy – miała większe znaczenie niż płć biologiczna” (s. 119). Buczkowski, przytaczając poglądy starożytnych, podaje, iż różnice w budowie kobiet i mężczyzn były wyjaśniane poprzez poszukiwanie podobieństwa narządów, np. „macica była niczym innym niż penisem wywiniętym na zewnątrz i – poprzez odwrócenie – umieszczonym wewnątrz ciała kobiety” (s. 118).

mężczyzna, natomiast mniej rozwiniętą wersją była kobieta. (...) Paradoksem było, że jednopłciowe ciało zawierało w sobie pojęcia takie jak macierzyństwo–ojcostwo, kobieta–mężczyzna, ciepło–zimno, kultura–natura, a nie było wyznaczone przez czynniki biologiczne. Porządek nadawany tym znaczeniom pochodził z zewnątrz od stwórcy świata. Różnice w ciałach były raczej ilustracją, niż źródłem i determinantą odmienności ról. W tym sensie zróżnicowanie płci kulturowej poprzedzało zróżnicowanie płci biologicznej.

I dalej: „Istnienie jednego ciała dawało wyraz przekonaniu, że człowiek – rozumiany tu jako mężczyzna – jest miarą wszystkiego. Kobieta zaś nie istniała jako odmienna ontologicznie kategoria bytu. Punktem odniesienia ludzkiego ciała było ciało mężczyzny” (s. 120).

Rozwój nowożytnej medycyny, nakładający się na proces sekularyzacji kultury, nowej oświeceniowej wizji świata, przyniósł odkrycie różnicy seksualnej pomiędzy kobietą a mężczyzną i nadał jej nowe znaczenie. Ciało i seksualność stały się podstawową charakterystyką osoby, jej tożsamości i pełnionych przez nią ról społecznych (Foucault, 2000; Miziełńska, 2006). Dotyczy to szczególnie kobiety definiowanej poprzez ciało. Uznanie, iż esencja kobiecości jest umiejscowiona w macicy (a później w jajnikach), zredukowało kobietę do jej biologii. Taka interpretacja różnicy seksualnej wzmacniała dominację patriarchalną poprzez przejęcie idei komplementarności obu płci, z których mężczyzna zajmował uprzywilejowaną pozycję z racji posiadania ciała „niezmiennego”, „stabilnego”, „uniwersalnego”. Ciało kobiety, ze względu na procesy reprodukcji, charakter seksualności, jako „inne” od „normatywnego ciała mężczyzny”, stało się przedmiotem szczególnego zainteresowania medycyny. W ramach nowożytnego dyskursu medycznego kobieta jest spostrzegana jako bliska naturze, zdeterminowana funkcjami reprodukcyjnymi, działająca pod wpływem „hormonów i przez to pozbawiona samokontroli, autonomii i racjonalności działania” (Buczowski, 2005, s. 178). Stopniowo większość sfer normalnego funkcjonowania kobiet, ich doświadczeń związanych z menstruacją, ciążą, porodem, menopauzą zostaje przejęta przez medycynę, w pewnym zakresie za zgodą samych kobiet, a naturalne procesy wpisane są w kontekst choroby. Chociaż procesy medykalizacji objęły także męskie ciało, to, jak wskazuje Buczowski, stało się to w mniejszym zakresie. Jak pisze badacz, odwołując się do prac Foucaulta:

Koncepcja kobiety jako podmiotu będącego we władzy własnego ciała i potrzebującego medycznej opieki i podtrzymywania stabilności funkcjonowała jako idea wspierająca koncepcję autonomicznego, niepodlegającego wpływom biologii, przekształcającego impulsy cielesne w zrjonalizowaną myśl, niezależnego i samodzielnego mężczyzny (2005, s. 178).

I dalej:

W konsekwencji doprowadziło to do postrzegania kobiecego ciała w kategoriach patologii. Histeryzacja ciała kobiety była procesem, w którym ciało kobiety analizowano jako ciało niestabilne, przesiąknięte seksualnością. Rozwinął się dyskurs zdrowia, które powinno być zarządzane i kontrolowane poprzez istniejące dyskursy władzy (...). Dyskursem władzy stał się dyskurs medyczny związany z funkcjami reprodukcyjnymi ciała kobiety (...), a medycyna stała się jedną z najważniejszych instytucji, które przyczyniły się do powstania i reprodukcji dzisiejszego kształtu płci kulturowej (2005, s. 179).

Histeria była przedmiotem szczególnej analizy Foucaulta. Rozpoznawana często w XIX wieku histeria jako choroba typowa dla kobiet ze względu na, jak przyjmowano, zakłócenia występujące w narządach rodnych, zniknęła już na początku XX wieku, spójnie do zmieniającego się rozumienia kobiecości i pozycji kobiet w kulturze. Współcześnie jest interpretowana jako symboliczna forma wyrażania protestu, potrzeb, własnego głosu w kontekście społecznym, który wykluczał kobiety ze sfery publicznej. Foucault pokazał, że interpretowanie zachowań w kategoriach medycznych (diagnozowanie) prowadzi do traktowania problemów natury społecznej jako problemów biologicznych, czy wręcz osobistych, co w konsekwencji wyłącza je z debaty publicznej i przemieszcza do prywatnej. Histeria, jako choroba „typowa dla kobiet”, współcześnie zdaje się mieć swoją kontynuację w anoreksji i bulimii psychicznej i tak jest traktowana przez badaczki feministyczne i genderowe.

2.1.6. Płeć kulturowa

Problematyka ciała jako zjawiska wytwarzanego społecznie wiąże się z konstruktem płci kulturowej. Termin ten wprowadzony przez Roberta J. Stollera w pracy *Sex and Gender* (1968) oddzielał płeć biologiczną (ang. *sex*) (kobieta i mężczyzna) od płci kulturowej (ang. *gender*) (kobiecość, męskość), a więc zestawu cech, zachowań, ról, które rozwinęły się na skutek postnatalnych oddziaływań psychologicznych, środowiskowych i kulturowych. Konstrukcję płci kulturowej, czy jak inaczej się ją określa społeczno-kulturowej tożsamości płciowej, dostarczył konceptualizacji pozwalającej na opisanie, jak historycznie i kulturowo zmieniały się definicje kobiecości i męskości zależnie od dominujących dyskursów: religijnych, politycznych, ekonomicznych,

kulturowych. Pozwalało to na ujmowanie tożsamości osoby jako wypadkowej elementów stałych, wynikających z płci biologicznej i elementów zmiennych zależnych od psychologiczno-społeczno-kulturowo-histerycznego kontekstu. Koncepcja ta stała się istotną inspiracją dla myśli feministycznej i projektów nastawionych na zmianę społeczną, szybko ujawniając swój potencjał intelektualny, co wyraziło się rozwojem studiów nad płcią kulturową (*gender studies*). Współcześnie analizy genderowe podejmowane są w obrębie wielu dyscyplin akademickich, m.in. w filozofii, socjologii, psychologii, antropologii kultury, historii, literaturoznawstwie, historii sztuki i innych, spójnie do założenia, że wszystkie aspekty ludzkiego życia są uwarunkowane konsekwencjami obowiązywania społecznych i kulturowych norm płci. Jedną z istotnych dziedzin analiz studiów genderowych jest problematyka anoreksji i bulimii jako zjawisk wyrażających dylematy współcześnie definiowanej kobiecości.

Zagadnienia społeczno-kulturowej tożsamości płciowej: procesy tworzenia norm męskości i kobiecości i ich internalizacji są analizowane w powiązaniu z kwestiami klasowymi, etnicznymi, rasowymi, religijnymi, politycznymi, kulturowymi. W tym rozumieniu problematyka ciała wpisuje się w jedną z istotnych sfer konstruujących społeczno-kulturową tożsamość płciową. Mechanizmy dyscyplinowania ciała i uwewnętrznionego spojrzenia współtworzą funkcjonowanie jednostek jako „upłciowionych ciał kulturowych”.

Rozumienie wprowadzonego przez Stollera rozróżnienia zakładającego nakładanie płci kulturowej na płć biologiczną uległo w kolejnych dekadach dalszej ewolucji. Późniejsze prace amerykańskiej filozofki Judith Butler w istocie podważyły tak rozumianą relację pomiędzy tymi pojęciami. W pracy *Gender Trouble* (1999) (polskie wyd. 2008, *Uwikłani w płć*) Butler postawiła tezę, iż płć kulturowa poprzedza istnienie płci biologicznej, w takim sensie, że zawsze płć biologiczna istnieje w systemie znaczeniowym kultury, co oznacza, iż tylko poprzez analizy płci kulturowej możemy dotrzeć do znaczeń płci biologicznej. Jak pisze: „Pozór trwałej substancji czy upłciowionego Ja, którym psychiatra Robert Stoller nadał miano »rdzenia kulturowej płci«, wytwarzany jest dzięki odpowiedniemu uporządkowaniu atrybutów na podstawie kulturowo ustalonych reguł spójności” (Butler, 2008, s. 80).

Co więcej, Butler kwestionuje zakładany, ustalony związek płci kulturowej z tożsamością i podkreśla, iż płć jest czymś, co nieustannie stwarzamy, co wykonujemy w życiu, a tożsamość podmiotu powstaje dzięki powtarzaniu, odgrywaniu.

Kulturowa płęć okazuje się performatywna – to jest konstytuująca tożsamość, którą sama jakby jest. W tym sensie płęć kulturowa jest zawsze czynnością. (...) „Bycie kobietą” oznacza proces stałego stawania się kobietą, stały wysiłek, aby w najpełniejszy sposób być kobietą (Butler, 2008, s. 80).

Oczywiście ten proces w analogicznym stopniu dotyczy mężczyzn. Tożsamość jest konstruowana w procesie odtwarzania zachowań, norm płci kulturowej, a ciało, zachowania, gesty, wygląd, strój współtworzą płęć kulturową. Dyscyplinowanie ciała, powtarzanie, odgrywanie zachowań, norm płci kulturowej (*performance*) współkonstruuje podmiot i jednocześnie jest jednym z podstawowych mechanizmów podtrzymujących obowiązujące dyskursy i reprodukcujących dany porządek społeczny. W tym sensie Butler kwestionuje różnicę seksualną, która jest podstawą konstruktu płci kulturowej. Stąd trudno się dziwić, iż jest uznana za prekursorkę teorii *queer*, skupionej na analizowaniu i kwestionowaniu ustalonych społecznie tożsamości oraz opozycji płciowych i związanych z seksualnością (Mizelińska, 2006).

2.2. Problematyka ciała – perspektywa psychologiczna

2.2.1. Ja cielesne

Problematyka ciała, cielesności jest także istotnym przedmiotem zainteresowania nauk psychologicznych. Ja cielesne (*body self*), obraz ciała (*body image*), pojęcie ciała (*body concept*), schemat ciała (*body schema*), to tylko niektóre z pojęć opisujących różne aspekty relacji Ja–ciało, zarówno w kontekście rozwojowym jednostki, jak i w odniesieniu do psychopatologii²². Zarysowane zagadania są złożone i posiadają obszerne

²² Bielefed (za: Schier, 2009), analizując doświadczenie cielesności, uszczegóławia i doprecyzowuje pojęcia schematu ciała (*body scheme*) i obrazu ciała (*body image*). W ramach schematu ciała wyodrębnia trzy aspekty: orientację we własnym ciele (*body orientation*) (na jego powierzchni i wewnątrz ciała), ocenę wielkości ciała (*body size estimation*) i wreszcie wiedzę na temat budowy ciała i jego części (*body knowledge*). Z kolei obraz ciała zawiera świadomość ciała (*body consciousness*), która jest „świadomą reprezentacją psychiczną ciała lub jego części”, granice ciała (*body boundaries*), a więc poczucie oddzielenia własnego ciała od świata zewnętrznego oraz stosunek do ciała uwzględniający poziom zadowolenia i akceptacji własnego ciała.

Dla Meissnera (*The self and the body: The body self and the body image*. „Psychoanalysis and Contemporary Thought”, 1997, 20, s. 419–448) Ja cielesne jest strukturą psychiczną stanowiącą część całościowej struktury Ja różniącą się od ciała (*body*), które jest rzeczywistym

piśmiennictwo, a w polskiej literaturze odrębne, pogłębione opracowania (Brytek-Matera, 2008; Izydorczyk, Bieńkowska, 2008, 2009; Schier, 2009; Głębocka, 2009). Próbę całościowego przedstawienia problematyki integrującej różnorodne aspekty relacji pomiędzy ciałem a umysłem zawiera praca Beaty Miruckiej i Olgi Sakson-Obady (2013). W tym miejscu, ze względu na cel i ramy książki, zostaną przybliżone tylko wybrane aspekty omawianego zagadnienia. Funkcjonujące w literaturze przedmiotu koncepcje z jednej strony odnoszą się do różnych wymiarów Ja cielesnego, takich jak sposób doświadczania ciała, poznawcza reprezentacja ciała, z drugiej są formułowane w odmiennych paradygmatach: poznawczym, psychodynamicznym czy neurofizjologicznym.

Warto zaznaczyć, iż problematyka Ja cielesnego przez wiele dekad nie była wystarczająco doceniana jako podstawowy wymiar tworzenia Ja, rozwoju osobowości, mimo iż – jak zauważa Sugarman (1991) – już w pracy Freuda z 1923 roku *Das Ich und das Es* odnajdujemy tropy wskazujące na ważność cielesności w rozwoju struktury ego. Freud podkreślał, że ego ma charakter cielesny i jest zakorzenione w pierwszych doświadczeniach cielesnych i odczuciach proprioceptywnych, co w konfrontacji z wrażeniami pochodzącymi z zewnątrz umożliwia oddzielenie i wyodrębnienie Ja od innych. Współcześnie szczególnie koncepcje oparte na teoriach relacji z obiektem, teorii więzi, teorii mentalizacji²³ uznają, że Ja cielesne stanowi bazowy wymiar Ja psychicznego, a obraz ciała integralny składnik obrazu siebie. Jak ujmuje to David Krueger (2002, s. 30): „ciało i rozwijająca się forma jego reprezentacji są podstawą poczucia Ja”. Autor wyodrębnia trzy etapy rozwoju Ja cielesnego rozpatrywanego w kontekście relacji wczesnodziecięcych i procesu separacji/indywidualizacji. Zakłada, że na pierwszym etapie, obejmującym okres od urodzenia do około czwartego miesiąca życia, kształtuje się pierwotne Ja cielesne, które stanowi najwcześniejsze poczucie siebie (*sens of self*). Ważne są tutaj doświadczenia relacji z rodzicami (opiekunami pierw-

fizycznym organizmem, i od obrazu ciała (*body image*), który stanowi reprezentację własnego ciała.

²³ Peter Fonagy, jeden ze współtwórców teorii mentalizacji, wskazuje, że jednostka nabywa w rozwoju zdolność uświadamiania sobie własnych i cudzych stanów umysłowych i refleksji nad nimi, postrzegania zachowań innych jako znaczących i przewidywalnych. Ta zdolność do interpersonalnej refleksyjności, nabycia „kompetencji autobiograficznej”, odróżnienia stanów wewnętrznych od świata zewnętrznego leży u podstaw organizacji Ja, gdyż umożliwia regulację emocjonalną, kontrolę impulsów, doświadczanie siebie i samoobserwację. Rozwój tej umiejętności jest ściśle powiązany z jakością więzi dziecka z osobami znaczącymi w okresie wczesnego dzieciństwa (Fonagy i in., 2002).

szoplanowymi) w postaci wrażeń związanych z kontaktem dotykowym, umożliwiające proces wyodrębniania się z kontekstu poprzez kształtowanie się granic i schematu ciała. Podstawowo ważna jest empatyczna relacja rodzica z dzieckiem, oparta na refleksowaniu i odzwierciedlaniu uczuć dziecka, gdyż wiąże się z adekwatnym zaspokojeniem potrzeb głodu/sytości, snu/aktywności, bliskości, a tym samym z regulacją afektywną zachodzącą w ciele dziecka na poziomie układu autonomicznego. Ten aspekt dostrojonej komunikacji emocjonalnej sprzyja budowaniu w następnych fazach umysłowej reprezentacji ciała. Na etapie drugim zachodzącym pomiędzy czwartym miesiącem życia a drugim rokiem dochodzi do zdefiniowania granic ciała i rozróżniania odczuć wewnętrznych od zewnętrznych, co sprzyja rozwojowi spójnego Ja cielesnego. Integracja odczuć proprioceptywnych i płynących z powierzchni ciała tworzy pierwotny obraz ciała, który stanowi reprezentację Ja cielesnego. Równoległe do tych procesów w umyśle dziecka tworzą się reprezentacje poznawcze rodzica i relacji z rodzicem, co jest wyrazem zachodzącego procesu separacji/indywidualizacji. Zdaniem Kruegera integracja umożliwia rozwój poczucia odrębności oraz poczucia własnej skuteczności, które przypadają na trzeci etap. Na etapie tym istotne zjawiska związane są z rozwojem poczucia odrębności, które wyraża m.in. umiejętność rozpoznania przez dziecko siebie w lustrze oraz wyrażanie niezgody (słowo „nie” u dziecka). Powstaje spójna i stabilna reprezentacja Ja cielesnego w postaci obrazu własnego ciała, dzięki czemu tworzy się „uwewnętrznione i całościowe poczucie Ja”. Stabilny obraz ciała jest powiązany z silnym poczuciem indywidualności, a różnicowanie odczuć fizycznych i emocjonalnych wiąże się z powstaniem Ja psychicznego. Granice ciała stają się podstawą granic psychicznych. Dzięki zintegrowaniu Ja cielesnego i Ja psychicznego (ciała i umysłu) dziecko ma poczucie własnej tożsamości: doświadcza stałości i spójności siebie w czasie i przestrzeni. W dalszym rozwoju Ja cielesne staje się jednym w wymiarów Ja psychicznego oprócz takich reprezentacji, jak Ja-dziecko, Ja-córka (Ja-syn), Ja-dziewczyna (Ja-chłopiec) (Sugarman, 1991). Wyodrębnia się struktura Ja idealnego, w tym idealne Ja cielesne.

W zbliżony sposób swoją konceptualizację Ja cielesnego (fizycznego) formułuje polska badaczka O. Sakson-Obada (2009). Autorka, opierając się na koncepcjach psychodynamicznych i teorii przywiązania, zakłada, że Ja cielesne jest podsystemem Ja i „odpowiada za opracowanie mentalne doświadczeń cielesnych”.

Jest instancją integrującą doświadczenia związane z cielesnością, jak i samymi reprezentacjami, na podstawie których budowane są takie aspekty

poczucia tożsamości, jak fizyczne poczucie tożsamości, poczucie własnego istnienia, poczucie odrębności i ciągłości, poczucie spójności z własnym ciałem (s. 99).

Sakson-Obada wskazuje, że silne Ja cielesne „jest zdolne do akceptacji własnego wyglądu i sposobu, w jaki funkcjonuje ciało” (s. 99).

2.2.2. Ja cielesne a zaburzone więzi wczesnodziecięce

Większość badaczy uznaje, że prawidłowy przebieg opisywanych procesów jest powiązany z jakością więzi z rodzicami w pierwszych latach życia. Jak pisze Sugarman (1991, s. 6):

(...) umiejętność matki w rozpoznawaniu i werbalizowaniu tego, co dziecko komunikuje poprzez ciało, pozwala podnieść komunikację na wyższy, werbalny, symboliczny poziom, umożliwiając tym samym różnicowanie Ja cielesnego i psychologicznego. (...) Niepowodzenie w tym obszarze powoduje, iż regulacja afektu i popędów pozostaje ulokowana w ciele i nie jest doświadczana na poziomie symbolicznym. Dziecko zatrzymuje się na poziomie, gdzie Ja cielesne nie jest odróżnione od Ja psychicznego, reprezentacji Ja, jak też od reprezentacji innych osób. (...) To w późniejszych fazach życia predysponuje do poszukiwania zewnętrznych obiektów celem regulacji uczuć [tłum. B.J.].

David Krueger (2002) zwraca uwagę na to, że powtarzające się niezwerbalizowane doświadczenia w relacji rodzic–dziecko zapisują się w pamięci dotyczącej stanów ciała, czyli pamięci proceduralnej, i wyodrębnia trzy typy relacji wczesnodziecięcej, które negatywnie zaburzają rozwój Ja cielesnego, a w dalszej konsekwencji – rozwój całościowej struktury Ja. Pierwsza z nich może przybrać formę intruzywności i nadmiernej stymulacji ze strony rodzica. Dotyczy to sytuacji, w której rodzice pozostają w nadmiernej bliskości z dzieckiem, są nadopiekuńczy i kontrolujący, dążąc do zapewnienia dziecku komfortu, ograniczają jego samodzielność i odbierają przyjemność z samodzielnego działania (sprawstwa). Przy nasileniu tego wzorca relacji „Ja cielesne i obraz ciała są doświadczane niewyraźne”. W późniejszym okresie „ciało jest przeżywane jako niedojrzałe płciowo, aseksualne, niezróżnicowane i nieodzielone od rodziców” (Krueger, 2002, s. 34). Zdaniem Kruegera osoby postrzegające ciało jako „oddzielone od siebie” podejmują „elementarne próby uwyrażnienia ciała poprzez gimnastykowanie się, odmowę jedzenia, kompulsywne przybieranie na wadze, zróżnicowane seksualne per-

wersje”. W sytuacjach trudnych osoby te „stymulują swoje ciało, poprzez cięcie się lub objadanie i wymiotowanie” jako próbę redukcji napięcia i regulowania swoich uczuć. Krueger uważa, że opisana dynamika relacji i wynikające z niej konsekwencje występują m.in. u osób z rozpoznaniem anoreksji.

Trudności w tworzeniu zintegrowanego i stabilnego obrazu ciała mogą być także powiązane z emocjonalną niedostępnością rodzica lub brakiem właściwych reakcji na zachowania dziecka. Oznacza to, że rodzic nie odpowiada adekwatnie na zachowania i potrzeby dziecka, nie odzwierciedla jego uczuć. W konsekwencji brak właściwego zaopiekowania, wystarczającego fizycznego kontaktu, dotyku, przytulania zaburza wytworzenie „właściwych granic ciała i świadomości sensorycznej”. W okresie późniejszym uwidacznia się to w zaburzonym obrazie ciała. Osoby przeżywają swoje ciało jako „duże, bezkształtne, z rozmywającymi się granicami”. Krueger wskazuje, że tego typu trudności odnajdujemy u osób z bulimią, depresją oraz z osobowością *borderline*.

Trzeci wariant patologicznej relacji wiąże się, zdaniem Kruegera, z niespójną lub selektywną responsywnością rodzica. Polega na reagowaniu na pewien określony typ potrzeb i zachowań dziecka i pomijaniem, ignorowaniem pozostałych. Te potrzeby, uczucia, funkcje ciała, które nie są dostrzegane, reflektowane i odzwierciedlane przez rodzica, nie uzyskują symbolicznej reprezentacji, pozostają więc na poziomie ciała, a w dalszym rozwoju regulacja uczuciowa nie ulega desomatyzacji²⁴. Ten typ wzorca więzi byłby charakterystyczny dla osób z objawami psychosomatycznymi. Jak podkreśla Krueger (2002, s. 36):

Te trzy patologiczne sekwencje interakcji wydają się mieć konsekwencje w postaci specyficznego zahamowania rozwojowego, wywierając wpływ na poczucie siebie, na podstawowym poziomie Ja cielesnego, poprzez brak spójnej, dokładnej organizacji obrazu siebie. Osoby, które doświadczyły takiej relacji, odczuwają słabe granice swojego ciała lub ich brak. Brak wewnętrznego obrazu Ja cielesnego, spójnego pozytywnego Ja psychologicznego sprawia, iż muszą polegać na zewnętrznych informacjach zwrotnych, takich jak reakcje innych na ich wygląd i zachowania.

²⁴ Koncepcja desomatyzacji została wprowadzona przez Maxa Schura w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku (Schur, 1955 za: Schier, 2005). Opisuje ona proces różnicowania się struktur somatycznych i psychicznych u niemowląt, co umożliwia „świadomą psychiczną reakcję na niebezpieczeństwo i przeżywanie lęku. Schier (2005), referując poglądy Schura, podkreśla, iż „zaburzenia procesu desomatyzacji u dziecka powodują, że reaguje ono na zagrażające bodźce nie w sposób psychiczny, ale poprzez reakcje ciała” (s. 27).

W oczywisty sposób opisywane procesy zaburzają przebieg procesu separacji/indywidualizacji. Krueger podkreśla, że „zaburzenia w wyodrębnianiu Ja, w osiągnięciu konsolidacji symbolicznej reprezentacji Ja i ciała utrudniają symboliczne, abstrakcyjne myślenie o ciele i znalezienie języka na opisanie uczuć” (s. 36). Co więcej, uważa, że nie możemy w ich przypadku mówić o „zaprzeczaniu świadomości ciała czy uczuć, ponieważ osoby te nigdy nie osiągnęły etapu desomatyzacji i nie odróżniały wrażeń cielesnych od uczuć, nigdy nie osiągnęły integracji ciała i umysłu, więc nie można mówić o rozszczepieniu jako mechanizmie obronnym” (s. 36).

O ile koncepcje psychoanalityczne i oparte na teorii przywiązania koncentrują się zasadniczo na analizie wczesnodziecięcych relacji dziecka z osobami znaczącymi, o tyle modele poznawczo-behawioralne zakładają, iż obraz ciała ma uwarunkowania wieloczynnikowe. Podkreśla się znaczenie kultury i społecznego wizerunku ciała, wzorców męskości i kobiecości, wzorców relacji rodzinnych, czynników osobowościowych, doświadczeń społecznych, w tym relacji z rówieśnikami (Cash, 2002). W strukturze obrazu ciała zazwyczaj wyodrębnia się trzy komponenty: poznawczy, emocjonalny i behawioralny. Ten pierwszy obejmuje percepcję ciała, proces interpretacji zewnętrznych i wewnętrznych bodźców (głównie wizualnych i dotykowych), sposób myślenia o własnym ciele, szczególnie w kontekście opinii i ocen innych. W przypadku zaburzeń struktura ta zawiera dysfunkcyjne schematy poznawcze generujące arbitralne wnioskowanie, personalizację, nadmierne uogólnianie czy rozumowanie emocjonalne. Komponent emocjonalny dotyczy uczuć związanych z własnym ciałem, zakresu akceptacji bądź nielubienia czy wrogości do posiadanego ciała. I wreszcie czynnik behawioralny: wyraża on zachowania wobec ciała przejawiające się w trosce lub jej braku o ciało, w ćwiczeniach fizycznych, właściwym lub niewłaściwym odżywianiu się. Zwraca się uwagę na cyrkularny model zależności pomiędzy wymienionymi aspektami: np. brak akceptacji ciała zwiększa błędy percepcyjne i poznawcze, a nasilenie tych błędów wzmacnia negatywny obraz ciała. Koncepcje poznawczo-behawioralne zazwyczaj koncentrują się na rozpoznaniu elementów budujących aktualny obraz, wizerunek ciała, poziom jego akceptacji, a w znacznie mniejszym zakresie, ze względu na brak konceptualizacji, analizują doświadczenia, traumy wczesnodziecięcych relacji. Szczególną sferę zainteresowania stanowią percepcyjne zniekształcenia sylwetki ciała oraz niezadowolenie z wyglądu i ciężaru ciała. Stąd model ten często jest wykorzystywany do rozumienia i leczenia problemów zaburzeń odżywiania, zwłaszcza bulimii oraz otyłości.

2.2.3. Ciało dojrzewających dziewcząt

Okres dojrzewania w sposób oczywisty wnosi wiele istotnych zmian w przeżywaniu cielesności. Intensywny rozwój fizyczny, zmiany hormonalne pociągające zmiany w relacjach rodzinnych i społecznych dotyczą struktury Ja w różnych aspektach, w tym szczególnie Ja cielesnego. Sugarman (1991) uważa, że adolescencja

przynosi rekapitulację znaczenia ciała, która wyraża się w integrowaniu zasadniczych zmian w wyglądzie oraz odczuciach płynących z ciała, z reprezentacją ciała oraz poszerzoną i seksualnie zróżnicowaną reprezentacją *self*. Dorastanie obejmujące zmiany w Ja cielesnym pozwala na uzyskanie dojrzałej seksualności i prokreacji, co wiąże się z intensyfikacją popędów i uczuć (s. 9).

Zdaniem badacza ciało osób we wczesnej fazie dojrzewania jest poddawane tak dużym pragnieniom popędowym i impulsom agresywnym, że może się pojawić pragnienie powrotu do ciała dziecięcego. Uważa, że w przypadku dziewcząt jest to bardziej prawdopodobne, gdy córka w okresie dzieciństwa miała trudną, konfliktową relację z matką. Jej zdaniem powszechne w tym okresie poszukiwanie idoli, np. w popkulturze, wiąże się z jednej strony z deidealizacją rodziców, a z drugiej wyraża konieczność nowego opracowania i modyfikowania struktur Ja, w tym Ja idealnego. Jak wskazuje Sugarman: „(...) deidentyfikacja z reprezentacją rodziców prowadzi do desperackich poszukiwań nowych idealizacji tak długo, dopóki nie pojawi się nowe, bardziej realistyczne widzenie rodziców. Częścią tego procesu jest modyfikowanie i opracowywanie Ja idealnego” (s. 10). Pragnienie posiadania idealnego ciała ma skompensować „utrącenie poprzednio idealizowanych obiektów” (a właściwie ich reprezentacji). Warto zauważyć, jak bardzo to pragnienie pozostaje w sprzeczności z krytyczną oceną, jaką większość dojrzewających dziewcząt ma na temat swojego ciała lub jego części. Jak wskazują Linda Levine i Michael Smolak (2002) na podstawie przeglądu badań, od 40 do 70% dziewcząt jest niezadowolonych ze swojego ciała, od 50 do 80% chciałoby mieć szczuplejsze ciało. Badania Andrew Hilla i wsp. (1994) pokazały, iż niezadowolenie z ciała występuje już u ośmio- i dziewięcioletnich dziewczynek. Chociaż chłopcy bardziej akceptują swoje ciało, to badania Connera i in. (1996, za: Ogedon, 2010) wskazują, że pierwsze przejawy niezadowolenia z ciała pojawiają się u trzynastoletnich chłopców. Z kolei badania Katherine Wood i in. (1996) ujawniły, że 55% dziewczynek i 35% chłopców jest niezadowolonych z kształtów swojego ciała.

Dojrzewanie wprowadza istotne zmiany w obrazie siebie i obrazie ciała u obu płci, chociaż badacze są zgodni, że adolescencja jest trudniejsza dla dziewcząt. Levine i Smolak (2002) wskazują na fakt, iż dojrzewanie konfrontuje dziewczęta z większą liczbą wymagań i nakazów dotyczących m.in. wyglądu, atrakcyjności, dbania o własne bezpieczeństwo, unikania seksualnego nadużycia. Doświadczenia te zmniejszają poczucie bezpieczeństwa, zaufania do siebie i mogą sprzyjać tendencji, aby „definiować siebie w terminach społecznej i ekonomicznej wartości swojego ciała”. Autorzy zwracają uwagę, że szczególnie niezadowolone ze swojego wyglądu są dziewczęta, które wcześniej rozpoczynają dojrzewanie. Ale także takie okoliczności, jak zmiana typu szkoły czy umawianie się na spotkania z chłopcami, są czynnikami powiązаныmi z narastaniem krytycznej oceny i niepewności co do atrakcyjności własnego ciała (Levine, Smolak, 2002).

Interesujące rozumienie różnic w doświadczaniu ciała i radzeniu sobie z dojrzewaniem u obu płci odnajdujemy w pracy Lisy Cross (1993). Koncentruje się ona na analizie rozwoju kobiecości w ramach psychoanalitycznego paradygmatu. Punktem wyjścia jest dla niej założenie, iż budowa anatomiczna ma podstawowe znaczenie dla rozwoju poczucia kobiecości, doświadczania ciała, kształtowania się reprezentacji ciała w umyśle i dla stosunku emocjonalnego do ciała. W tym sensie jest ona kontynuatką myśli Freuda, przypisującego różnicom anatomicznym i fizjologicznym narządów płciowych podstawową rolę w kształtowaniu się tożsamości psychoseksualnej kobiet i mężczyzn. Jest ona jednak krytyczna wobec fallocentrycznych poglądów twórcy psychoanalizy na temat jego rozumienia kobiecości i seksualności kobiecej i proponuje własne ujęcie znaczenia ciała kobiecego w rozwoju kobiecości. Jak pisze:

Ponowne badanie znaczenia seksualnej anatomii i funkcji w rozwoju kobiecości – tego, co kobiety anatomicznie posiadają, zamiast czego im brakuje – może rzeczywiście pomóc zbudować psychoanalityczną teorię kobiecości, stanowiącą prawdziwie oddzielną linię rozwojową (...), a nie patologiczny wariant teorii męskości. Aby wyrazić to bardziej precyzyjnie: częściowo wewnętrzne narządy płciowe, menstruacja, stosunkowo nagle zmiany kształtu ciała w okresie dojrzewania i ciąży przyczyniają się do niejednoznacznego, paradoksalnego i nieciągłego doświadczenia ciała u kobiet. Starania kobiet do kontrolowania, zrozumienia i ogólnie radzenia sobie z tymi zmianami ciała mają znaczący wpływ na ich relację z obiektami znaczącymi i psychopatologię, ale również stają się szczególnym źródłem mądrości i siły psychicznej (Cross, 1993, s. 42).

Cross zwraca uwagę, że wewnętrzna budowa kobiecych genitaliów sprawia, iż ukryte kobiece narządy są tajemnicze nawet dla samych dziewcząt i kobiet. W rezultacie dziewczynki, a później dorastające dziewczęta nieporównywalnie rzadziej niż chłopcy badają i oglądają swoje genitalia, mniej znają ich funkcje, sposób reagowania, a odczucia związane z pobudzeniem są mniej zlokalizowane. To sprawia, że dziewczęce genitalia są w niewielkim stopniu włączone do obrazu ciała. Inaczej dzieje się u chłopców, u których oddawanie moczu, regularne erekcje czy stymulacja penisa przy normalnej aktywności fizycznej „przypomina o jego obecności”, co sprzyja integracji narządów płciowych z obrazem ciała²⁵. W doświadczeniu dziewcząt już od dzieciństwa „ich genitalia są źródłem zakłopotania i niepokoju”, a „granice ciała mają charakter rozmyty”. Okres dojrzewania jeszcze bardziej komplikuje dziewczętom doświadczanie ich ciała. Staje się ono „jeszcze bardziej tajemnicze i niekontrolowane”, co więcej, „ciało jest przeżywane jako Inny”. W krótkim okresie zmienia się kształt ciała: narasta ilość tkanki tłuszczowej, pojawiają się piersi, zmienia się kształt ud i bioder. Jak podkreśla Cross (1993)

(...) zmiany fizycznych konturów wywierają głęboki wpływ na fantazje dziewcząt na temat ich ciała i na uczucia, jakie ono budzi. Obraz ciała jest często fragmentaryczny: pewne aspekty ciała – szczególnie piersi – mogą być postrzegane jako „obce”. Dziewczęta często opisują swoje ciało, koncentrując się na jego częściach (za gruba talia, brzydki nos), a nie całości. Obraz ciała jest płynny, łatwo może zostać zakłócony przez nagłą zmianę – jeden czynnik może łatwo zmienić poglądy nastolatek na temat własnej atrakcyjności fizycznej (s. 44).

Także miesiączkowanie jest jednym z tych doświadczeń, które z jednej strony zwiększają ambiwalentne uczucia, a nierzadko niechęć, wstyd lub wstręt do ciała, z drugiej zmniejszają poczucie kontroli. Cross zwraca uwagę na to, że również doświadczenia seksualne dojrzewających dziewcząt mogą wpływać na mniejsze poczucie kontroli, a także na osłabienie granic cielesnego. Poczucie „innego – obcego” wewnątrz może towarzyszyć współżyciu seksualnemu i być powiązane z lękiem przed ciążą.

²⁵ Warto zwrócić uwagę, jak duże znaczenie dla powstania zintegrowanego obrazu ciała może mieć przebieg treningu czystości. W naszej kulturze publiczne oddawanie moczu przez małych chłopców jest powszechnie akceptowane w odróżnieniu od dziewczynek, od których oczekuje się, iż czynności te będą odbywały się w odosobnieniu jako wstydlive i intymne. Słowo „intymne” pojawiające się w kontekście pielęgnacji dziewczęcego i kobiecego ciała (np. kosmetyki do higieny intymnej) dobrze ilustruje to zjawisko.

Powszechna u dziewcząt koncentracja na wyglądzie, fizycznej atrakcyjności oznacza dla Cross „alienację od ciała, doświadczanie ciała jako przedmiotu, a nie jako podmiotu” (s. 44). To wyobcowanie z organizmu wyrażają zmagania, których celem jest utrata ciężaru ciała i zmiana jego kształtu. Pokazuje to, iż dorastanie dziewcząt jest w obszarze Ja cielesnego procesem bardziej złożonym, niż ma to miejsce u chłopców, i jest bardziej zagrożone pojawianiem się psychopatologii. Wszystkie urazowe doświadczenia, zarówno te dotyczące więzi w okresie dzieciństwa czy seksualności, np. doświadczenia molestowania seksualnego czy związane z dojrzwaniem, będą w większym stopniu niż u chłopców zaburzały obraz ciała, jego granic, w konsekwencji wzmacniając poczucie alienacji od ciała. Cross uważa, że anoreksja psychiczna i samookaleczenia (które jej zdaniem często współwystępują z jądłowstrętem psychicznym) ilustrują zaburzony obraz ciała i doświadczania cielesności. Badaczka interpretuje ograniczenia jedzenia czy wymiotowanie u pacjentek z anoreksją m.in. jako próbę zatrzymania zmieniającego się ciała poprzez powrót do dawnego ciała sprzed okresu pokwitania, co w konsekwencji tylko dalej destabilizuje obraz ciała. Jednocześnie kontrolowanie ciała daje złudzenie kontroli i samowystarczalności. Jak pisze Cross (1993):

(...) pacjenci z zaburzeniami odżywiania zazwyczaj mają te same uczucia związane z jedzeniem. Dostarcza im ono samo ukojenia, samouspokojenia i może być kontrolowane w sposób, w jaki nie mogą być kontrolowani inni ludzie. Ten nacisk na samowystarczalność jest u pacjentów restrykcyjnych powiązany z przekonaniem, że mogą oni przekroczyć potrzebę jedzenia. Pacjenci ci myśleniem, przygotowywaniem i spożywaniem jedzenia (dużych ilości w przypadku bulimii, a małych w przypadku anoreksji) zastępują relacje interpersonalne. Jedzenie może dawać zaspokojenie innych potrzeb w wąskich granicach *self*, ze względu na swój pośredniczący charakter w relacjach Ja–inni (s. 57).

Większość kobiet doświadcza ukrytych i zmiennych aspektów swojego reprodukcyjnego ciała i radzi sobie z tym, rozwijając poczucie, iż ciało należy do nich, mimo doświadczeń „wtargnięcia”. Pacjentki z zaburzeniami odżywiania i z samookaleczeniami, napotykać trudność rozwiązania tego dylematu w związku z bolesnymi czy traumatycznymi doświadczeniami, wciągają „zniekształcone ciało do bezlitosnej tyranii i umartwienia”.

Koncepcja Cross, będąca kontrpropozycją wobec modelu Freuda, poszerza rozumienie rozwoju psychoseksualnego dziewcząt. Jest próbą pokazania, jak specyficzna budowa ciała i jego zmiany w biegu życia

wpływają na sposób doświadczania ciała i jego granic oraz powstawanie obrazu ciała. Koncepcja ta dostarcza wielu hipotez na temat znaczenia ciała w zaburzeniach, w tym w anoreksji i bulimii psychicznej. Jej niewątpliwym ograniczeniem jest pewna ahistoryczność i brak odniesienia do kontekstu kulturowego. Cross w zasadzie pomija procesy socjalizacji i wychowania, kulturowe przekazy konstruujące „dziewczęcość” i „kobiecość”, obecne w kulturze postawy mizoginii czy bardziej ogólnie, znaczenie miejsca kobiet w kulturze patriarchalnej. Ten aspekt koncepcji, zakładający uniwersalny przebieg omawianych procesów, wymaga krytycznej refleksji w świetle badań kulturowych.

2.3. Podsumowanie

Ubiegły wiek umieścił w centrum zainteresowania ludzkie ciało. Pojawiło się ono jako ważna sfera analiz nauk humanistyczno-społecznych. Tradycyjne ujęcie traktowało ludzkie ciało jako źródło wyobrażeń kultury symbolicznej. Odkryciem XX wieku stało się społeczne konstruowanie ciała, wyznaczone przez kulturowe dyskursy. Prace Michela Foucaulta, ponowoczesne nurty socjologiczno-filozoficzne dostarczyły nowego języka na opisanie miejsca ciała we współczesnym świecie. Pokazały, w jakim stopniu ciało, szczególnie ciało kobiece, wpisuje się w problematykę tożsamości, w jakim stopniu „tożsamość jest uosabiana poprzez wizualne reprezentacje, które z kolei są prezentacją obowiązujących form wiedzy/władzy dotyczących ciała” (Melosik, 2010, s. 18). Analizy feministyczne zidentyfikowały dyskursy idealnego, szczupłego ciała w powiązaniu z praktykami dyscyplinującymi jako opresję kultury patriarchalnej. Stąd uznanie, że problemy kobiet ograniczających jedzenie, kobiet, u których rozpoznaje się zaburzenia odżywiania w postaci anoreksji, bulimii czy kompulsywnego jedzenia, nie są indywidualną psychopatologią, lecz problemem kulturowym: wyrażają sprzeczne i/lub niemożliwe do spełnienia oczekiwania kierowane wobec kobiet.

Bauman (2007), pisząc o współczesnej kulturze jako kulturze konsumpcji, zwraca uwagę, że ciało stało się towarem:

(...) syndrom konsumentki obejmuje [także – przyp. B.J.] ciało, które jak towar, aby sprostać wymaganiom, jest poddawane kłopotliwym i męczącym reżimom, z drugiej strony samo ulega różnym pokusom, krótkotrwałym pragnieniom rozbudzonym przez rynek konsumpcyjny (s. 141).

Ciało kobiece i ciało męskie wkomponowują się w problematykę płci kulturowej. Studia genderowe analizują, jak w różnych dziedzinach życia konstruowane są normy dotyczące tego, co jest kobiece, a co męskie. W konkluzji pokazują kulturowe uwarunkowania kobiecości i męskości i podkreślają ich performatywny charakter. Wiele analiz wskazuje, że społeczne konstruowanie kobiecości jest silnie powiązane z dyskursem idealnego, szczupłego ciała. Powszechnie podzielana „oczywistość” tego dyskursu, jego niekwestowanie, znaczenia wpisane w idealne, szczupłe ciało sprawiają, że współczesne kobiety poddają swoje ciało niekończącym się praktykom dyscyplinującym, mającym przybliżyć je do upragnionego, aczkolwiek nieosiągalnego na stałe celu. Badania pokazują, iż w coraz szerszym stopniu także męskość zaczyna być definiowana poprzez posiadanie „właściwego” ciała. Praktyki dyscyplinujące ilustruje zjawisko diet, klubów fitness, siłowni, zazwyczaj wpisanych w dyskurs sprawności i zdrowia. Podkreśla się jednak, że opisywane zjawiska czyniące ze szczupłego, idealnego ciała centrum tożsamości, są odpowiedzialne za narastanie zjawiska anoreksji i bulimii, będących skrajnymi manifestacjami opisywanych dyskursów.

W naukach psychologicznych także obserwujemy narastające w ostatnich dekadach zainteresowanie problematyką ciała, poprzez koncentrację na koncepcji Ja cielesnego rozumianego jako fundament podmiotowego Ja. Z perspektywy psychologicznej szczególnie istotne jest zrozumienie procesu doświadczania ciała w tworzeniu granic, obrazu ciała, wyodrębnianiu się struktury Ja, rozwoju poczucia podmiotowości Ja, kształtowaniu poczucia tożsamości psychoseksualnej. Opierając się na teoriach psychoanalitycznych, koncepcji przywiązania, teorii mentalizacji, rozwój Ja cielesnego jest rozpatrywany w odniesieniu do wczesnodziecięcych relacji z rodzicami, do wzorów przywiązania. Badacze są zgodni, że empatyczna, odzwierciedlająca uczucia dziecka postawa rodziców jest podstawą prawidłowego rozwoju Ja cielesnego, zaburzenia w tym zakresie zaś, doznane urazy mogą być istotne w procesie rozwoju psychopatologii, w tym zaburzeń odżywiania. Wartością przedstawionych modeli jest wnikliwe opisanie mechanizmów rozwoju *body self* oraz jego zaburzeń; ograniczeniem – to, że w małym stopniu uwzględniają wpływy społeczno-kulturowe, zawężając pole swoich analiz zasadniczo do relacji dziecka z osobami znaczącymi. Społeczno-kulturowe wpływy na tworzenie się wizerunku ciała możemy odnaleźć, w większym zakresie, w koncepcjach poznawczo-behawioralnych zakładających wieloczynnikowe determinanty tworzenia się obrazu ciała. Warto przy okazji zauważyć, że w genderowych pracach socjologicznych od-

najdujemy wiele odniesień do koncepcji psychoanalitycznych. Pokazuje to wzajemną inspirację badaczy i uzupełnianie się perspektyw. Szczególnie dla rozumienia zaburzeń odżywiania jako zjawiska społecznego, jak i rozpatrywanego z punktu widzenia jednostkowej historii osoby, obie perspektywy wydają się niezbędne. Pokazują, jak wzorce społeczne wkomponowują się w życie jednostki, w jej doświadczenie, a zarazem jak jednostka je asymiluje czy krytycznie dyskontuje.

Dyskurs szczupłego ciała jest powiązany z dyskursem diety rozumianej jako praktyka dyscyplinująca, umożliwiająca osiągnięcie szczupłości, modelowanie sylwetki i kontrolę wagi ciała. Warto jednak pamiętać, że restrykcje jedzeniowe mogą się różnić stopniem nasilenia restrykcji i czasem trwania. Mogą także mieć wiele znaczeń zależnie od motywów i celu ograniczania oraz kontekstu ich stosowania. Myśląc o dietach, trudno zarazem nie odnieść się do czynności jedzenia, przygotowywania pokarmów, do szerszej kulturowej perspektywy. Ujawnia ona znaczenia i funkcje, jakimi jedzenie, jego przygotowywanie, spożywanie jest nasycone w relacjach społecznych i indywidualnych.

3. Dyskursy jedzenia

Z całą pewnością można zaliczyć kuchnię do „struktur długiego trwania”, które zmieniają się dyskretnie i bardzo powoli, tworząc podstawę kulturowej tożsamości, wyznaczając ramy postrzegania świata, standardy percepcyjne i aksjologiczne.

Katarzyna Łeńska-Bąk, *Powiedz mi, co jesz, a powiem ci, kim jesteś. Wprowadzenie*. W: K. Łeńska-Bąk (red.), *Pokarmy i jedzenie w kulturze. Tabu, dieta, symbol*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2007, s. 9.

Chociaż odżywianie się oraz karmienie innych jest codziennością i czymś najbardziej naturalnym i zwykłym, to jednocześnie, jak pisze Felipe Fernandez-Armesto w książce *Wokół tysiąca stołów, czyli historia jedzenia*, „jedzenie jest czymś więcej niż odżywianiem (...), jego wytwarzanie, przygotowywanie i konsumowanie stwarzają rytuały i zachowania magiczne” (2003, s. 15). Nieco inaczej Cezary Żechowski mówi o spożywaniu pokarmu jako momencie spotkania z sobą „dwóch krańców egzystencji: fizjologii i umysłu, natury i kultury, instynktu i ducha” (2001, s. 12). Niewątpliwie jedzenie jest czynnością nasyconą wieloma znaczeniami, ważną w relacjach społecznych, wspólnotowych, rodzinnych, intymnych. Prace antropologów obfitują w opisy zwyczajów przygotowywania posiłków, ceremonii ich spożywania, występowania pokarmowego tabu. Pokazują one, że jedzenie jest ściśle powiązane z kulturą i „wpisuje się w dyskurs tożsamościowy”. Jak pisze Katarzyna Łeńska-Bąk (2007), „poza zaspokajaniem głodu jedzenie zdradza systemy wartości, wskazuje na regulacje kulturowe, ale i magiczne, symboliczne czy religijne uzasadnienia, a także na legitymizację społecznej stratyfikacji” (s. 9).

Współczesne dyskursy dotyczące jedzenia obejmują wiele wątków – różnicowane koncepcje zdrowego jedzenia, diety, makrobiotykę, ascezę, wegetarianizm, weganizm, otyłość, jedzenie kompulsywne, zaburzenia jedzenia, kulturowe wzorce jedzenia, kuchnie etniczne, estetykę stołu, obrazy jedzenia i pokarmów w sztuce. Tematykę tę odnajdujemy w mass mediach, rozmowach prywatnych, literaturze zawodowej i w sztuce, żeby przytoczyć choćby takie filmy, jak *Uczta Babbete*, *Wielkie żarcie*, *Przepiórki w płatkach róży*, *Czekolada czy Tam, gdzie rosną grzyby*. Obrazy związane z jedzeniem zajmują coraz większą przestrzeń spo-

łączną. Zarówno tę bliżej związaną z życiem codziennym, np. w postaci programów telewizyjnych poświęconych gotowaniu, jak i obejmującą działania artystyczne²⁶. Ze względu na złożoność tematu poniżej zostaną omówione wybrane aspekty, pokazujące powiązanie jedzenia z relacjami rodzinnymi, a zarazem z kontekstem społecznym²⁷.

3.1. Więź

Dostarczanie składników pokarmowych ma pierwotne biologiczne konotacje i jest warunkiem przeżycia i utrzymania zdrowia. W życiu prywatnym, rodzinnym i społecznym pożywienie poza zaspokajaniem biologicznego popędu głodu pełni jednak wiele innych funkcji: wplecione jest w rytuały, zwyczaje i tradycję, kontekst zdrowia i choroby, w praktyki religijne, w konstruowanie tożsamości, celebrowanie wydarzeń czy wreszcie okazywanie uczuć i sposoby zaspokajania różnorodnych potrzeb. Wszystkie wymienione wątki wyraźnie odnajdujemy, analizując jedzenie w relacjach rodzinnych. Zarówno teorie psychoanalityczne, jak i teoria przywiązania Johna Bowlby'ego (1982) podkreślają, że prawidłowy rozwój dziecka wymaga ufnej więzi z matką lub osobą będącą w jej roli, która tworzy się poprzez właściwe, zgodne z potrzebami dziecka karmienie i opiekę. Brytyjski psychoanalityk Donald Winnicott był jednym z pierwszych badaczy, którzy opisali powiązania między doświadczeniami związanymi z karmieniem a przeżywaniem emocji i rozwojem psychicznym. W pracy z 1936 roku *Appetite and Emotional Disorder* (za: Żechowski, 2001) opisał fazy rozwoju wewnętrznego świata dziecka, które są powiązane z rozpoznawaniem głodu i przyjemności jedzenia, pojawieniem się fantazji na temat pokarmu, procesu karmienia i wydalania, co w konsekwencji, zdaniem Winnicotta, współtworzy

²⁶ Wyrazem zainteresowania omawianymi zagadnieniami jest m.in. narastająca liczba filmów, w których jedzenie jest jednym z istotnych motywów. I tak np. podczas Międzynarodowego Festiwalu Filmowego w Berlinie „Berlinale 2012” jedną z sekcji stanowiło *Culinary Cinema*. Podobny przegląd zatytułowany *Kuchnia + Food Film Fest* od kilku lat odbywa się w Warszawie i Poznaniu. Tematyka jedzenia w sztuce jest przedmiotem refleksji Diany Wasilewskiej (*Nie)bezpieczne związki jedzenia i sztuk plastycznych*, „Pogranicza”, 2010, 4 (87), za: witryna.czasopism.pl/pl/gazeta/1171/1420/1941/; data dostępu: 15.12.2012.

²⁷ Problematyka ta w spopularyzowanej i skróconej formie stanowiła treść artykułu B. Józefik *Rodzinne obiady*, wydrukowanego w czasopiśmie „Style i Charaktery”, 2007, 2, s. 7–10.

wewnętrzną rzeczywistość psychiczną dziecka. Trudności w tworzeniu bezpiecznej więzi w pierwszym okresie życia dotyczą m.in. „niewystarczającego” czy „niewłaściwego karmienia”, rozumianego dosłownie i metaforycznie. Wynikają z braku wrażliwości na potrzeby dziecka lub z nadmiernie lękowego reagowania na jego zachowania. Heinz Kohut (1971) z perspektywy psychologii *self* wskazywał, iż dziecko, opierając się na relacji z matką, która je pielęgnuje, karmi i uspokoja, zaczyna przewidywać zachowania matki i kształtuje swoje dobre samopoczucie i własne *self*. Gdy matka w wystarczającym stopniu odpowiada na potrzeby dziecka, pozwala to na tworzenie się poczucia własnej wartości, internalizowanie zdolności do samoregulacji, rozwój kontroli, radzenie sobie z modulowaniem napięć (za: Sugarman, 1991). W sytuacji, w której wczesnodziecięca relacja jest niestabilna, nieadekwatna, dziecko doświadcza deficytu w obrębie spójności *self*. W swoim dalszym życiu ma trudności w integrowaniu schematu ciała, schematów poznawczych oraz afektywnych (Johnson, 1991). W okresach trudnych nie pojmuje swoich stanów wewnętrznych, ma kłopoty ze zrozumieniem i opisaniem swojego doświadczenia, nie znajduje w sobie oparcia i źródła gratyfikacji. Przekarmianie, nadmierne koncentrowanie się na jedzeniu czy karmienie niezgodne z potrzebami dziecka są częstymi formami zachowań ze strony rodzica, utrudniającymi tworzenie ufnej więzi. W konsekwencji dziecko może mieć poczucie, że jego granice są przekraczane, może doświadczać braku bezpieczeństwa i wpływu na to, co się z nim dzieje. Może też doświadczać braku troski, bolesnego „głodu uczuć”, pustki uczuciowej. Psychoanalitycy zajmujący się problematyką zaburzeń odżywiania wiążą rozwój anoreksji i bulimii właśnie z zaburzeniami relacji wczesnodziecięcej (Bruch, 1973, 1978; Sands, 1991; Sugarman, 1991). Badacze wskazują, że jedzenie jako powiązane z relacją z matką od momentu narodzin staje się środkiem, poprzez który zostają wyrażane potrzeby i konflikty w zakresie więzi, przynależności, oddzielania się, akceptacji. W tym rozumieniu ciało staje się reprezentantem *self*, podczas gdy jedzenie symbolizuje matkę (Sands, 1991; Sugarman, 1991). Akt jedzenia lub odmowy jedzenia jest tutaj rozumiany bądź jako połączenie się z matką, bądź oddzielanie lub odrzucenie.

Warto zauważyć, że w języku potocznym często emocje określane są metaforycznie poprzez słowa związane z jedzeniem, co dobrze wyraża powiązania między jedzeniem a uczuciami. „Gorzka porażka”, „gorzkie zwycięstwo”, „słodka miłość”, „słona cena” – to przykłady ilustrujące te związki. W systemie rodzinnym procesy karmienia nasycone są znaczeniami. Poprzez jedzenie lub jego odmowę, kontekst, w jakim się to

dzieje, można wyrażać swoje uczucia do najbliższych, a także do siebie. Często w późniejszym okresie życia wzorce te są przenoszone na świat relacji pozarodzinnych.

3.2. Poczucie bezpieczeństwa, miłość i troska

Posiadanie pożywienia i karmienie może być sposobem potwierdzania poczucia bezpieczeństwa. Spożywanie posiłków, wzajemne „karmienie się” redukuje napięcie, niepokój, lęk, poczucie zagrożenia, przywołuje poczucie sytości powiązane z komfortem psychicznym i fizycznym. Nadmierna koncentracja na jedzeniu, gromadzenie jedzenia, konieczność utrzymywania „pełnej lodówki” może być sposobem na zapewnianie sobie i bliskim poczucia bezpieczeństwa. Ten styl zachowań najczęściej jest wynikiem niedostatku, głodu we wcześniejszym okresie życia lub poprzednich pokoleniach i jest sposobem radzenia sobie z traumatycznym doświadczeniem. Badania potwierdzają, że zaabsorbowanie jedzeniem oraz nadmierne gromadzenie jedzenia występuje np. u byłych więźniów obozów koncentracyjnych, którzy doświadczyli ekstremalnego głodu (Polivy i in., 1994). Obserwacje te potwierdzone zostały eksperymentalnie w klasycznych już badaniach Keysa i in. (1950, za: Ogedon, 2010). Autorzy ci prowadzili badanie, w ramach którego 36 mężczyzn dobrowolnie otrzymywało połowę codziennego pożywienia. U badanych poza spadkiem masy ciała, zaburzeniami nastroju wystąpiła koncentracja na jedzeniu, tendencja do gromadzenia jedzenia na zapas, a nawet w jego kradzież. Co więcej, po zakończeniu eksperymentu mężczyźni ci jedli nadmierne ilości pożywienia i tracili kontrolę nad swoimi zachowaniami, które przybierały formę napadów objadania się. Chociaż u większości mężczyzn opisywane zaburzenia ustąpiły po ośmiu miesiącach rehabilitacji, to u kilku osób utrzymywały się nadal. Ten eksperyment wskazuje na pierwotne mechanizmy poszukiwania pokarmu, które aktywizują się w sytuacji zagrożenia głodem i mogą pozostawać aktywne nawet wtedy, gdy sytuacja ulega normalizacji. Badacze zajmujący się problematyką anoreksji i bulimii wskazują na ten aspekt jako jeden z mechanizmów wyjaśniających koncentrację i zaabsorbowanie jedzeniem u osób stosujących diety.

Przygotowywanie, podawanie i spożywanie posiłków często wkomponowane jest w dyskurs miłości, troski i opieki. Dbałość, z jaką przygotowane są potrawy, które dana osoba lubi lub które mają szczególne

znaczenie smakowe, zdrowotne czy sentymentalne, staje się wyrazem uczuć, a jedzenie tych potraw dowodem ich przyjęcia. Z kolei odmowa może być rozpatrywana jako odrzucenie, brak akceptacji i miłości. Takie komunikowanie uczuć przez jedzenie wydaje się wyraźnie obecne w kulturze polskiej, gdzie często w relacjach rodzinnych, szczególnie wśród starszej generacji, okazywanie wprost swoich uczuć pozytywnych budzi zakłopotanie i zawstydzienie.

W różnych kulturach jedzenie ma duże znaczenie w rytuałach uwodzenia (afrodyzjaki) i okazywania miłości erotycznej. Przyjmuje się, że jedzenie pewnych potraw ma znaczenie magiczne: ma wzmacniać potencję, siłę uczuć. Często wspólna kolacja jest zaproszeniem do relacji seksualnej, stanowi „grę wstępną”. Poprzez język kulinarny opisuje się zaawansowanie w relacji seksualnej. Badania potwierdzają, że tradycyjnie od kobiet oczekuje się, że swoje uczucia wobec mężczyzn będą wyrażały poprzez karmienie ich, co pokazuje, jak na rolę żony nałożona jest rola macierzyńska („przez żołądek do serca mężczyzny”). Charles i Kerr (1987), badając wzorce jedzenia w rodzinach, pokazały, że przygotowanie zdrowych i smaczných potraw było powiązane z gotowością do zadowolenia i zaspokajania potrzeb różnych członków rodziny i oznaczało wyrazy miłości do bliskich. Dostrzegły także, że rodzinna harmonia i uspokajanie dzieci wiązało się z podawaniem słodczy. W potocznym rozumieniu przyjmuje się, że wspólne jedzenie posiłków wzmacnia więzi i podtrzymuje rodzinną tożsamość. Potwierdzeniem tych przekonań są rezultaty uzyskane w badaniach longitudinalnych (Neumark-Sztainer i in., 2008). Ujawniły one, że adolescenti spożywający w tygodniu pięć lub więcej posiłków wspólnie z rodziną są mniej narażeni na skrajne wahania wagi i rozwój zaburzeń odżywiania.

3.3. Przyjemność i pocieszenie

Spożywanie pokarmów wiąże się z doświadczeniem przyjemności, relaksem. Może stanowić nagrodę, pocieszenie, pojawiać się jako reakcja na stres i napięcie. Jedzenie jako sposób radzenia sobie ze stresem jest szczególnie nasilone, gdy jednostka nie potrafi rozmawiać o trudnościach i gdy członkowie rodziny się nie wspierają. Spożycie posiłku dostarcza natychmiastowej gratyfikacji, dlatego trudno go zastąpić innymi zachowaniami, które na ogół wymagają większej aktywności i nie dają tak szybkiego rezultatu. Badania pokazują, że związek pomiędzy stresem

a jedzeniem jest złożony: to, czyjemy więcej pod wpływem stresu, zależy od jego parametrów i indywidualnych charakterystyk (Ogedon, 2010). Ważną zmienną wydaje się także płeć: z badań Michuad i in. (1990) wynika, że kobiety, przeżywając stres o średnim natężeniu, jedzą więcej niż mężczyźni. Jedzenie dla przyjemności wpisuje się w wyraźny w kulturze konsumpcyjnej „dyskurs użycia, który zachęca do ulegania cielesnym rozkoszom, czerpania z nich maksimum zadowolenia” (Kubat, 2009).

3.4. Złość, kontrola i hierarchia

Odmowa spożywania posiłków bywa powiązana z wyrażeniem złości, niezgody, z zaznaczeniem swojej opozycji wobec dominujących reguł życia rodzinnego. Nabiera szczególnej mocy, gdy w systemie rodzinnym nieakceptowane jest wyrażanie własnego zdania lub okazywanie niezadowolonia. Niekiedy może przybrać formę strajku głodowego. Zdarza się to wówczas, gdy członkowie rodziny konfrontują się z wydarzeniami przerastającymi ich możliwości radzenia sobie z trudnościami, np. z przemocą fizyczną lub seksualną. Może być wtedy jedynym środkiem ekspresji uczuć i komunikowania otoczeniu o patologicznych relacjach.

Spożywanie posiłków obrazuje również problem hierarchii, władzy w rodzinie w danej grupie społecznej. Konieczność dostosowania się do reguł ustalonych przez inną osobę, konieczność jedzenia tego, co przygotowane, w takiej ilości, jaka została podana, jest wyrazem hierarchii w rodzinie, miejsca jednostki w systemie. Miejsce to może wyznaczać wiek, płeć, choroba, specjalna „użyteczność” jednostki dla systemu rodzinnego czy społecznego. W tradycyjnych patriarchalnych rodzinach to mężczyzna był osobą, która pierwsza otrzymywała posiłek: na ogół największą i najlepszą porcję. Od kobiety oczekiwano, że będzie przygotowywała posiłek i będzie go mężczyźnie podawała (Charles, Kerr, 1987). W rodzinach ziemiańskich małe dzieci nie jadły wspólnie z dorosłymi w jadalni, były jedynie dopraszane na wspólne zjedzenie deseru. Starsze dzieci musiały przestrzegać właściwych zasad zachowania się przy stole. Jak wspomina Anna Saryusz-Zaleska (2007), we wszystkich domach polskich ziemian „(...) w czasie obiadu jadalny stawał się terenem musztry dzieci. W uszach aż brzęczało od »siedz prosto, jak trzymasz widelec, jedz cicho, ręce na obrusie«” (s. 38). Zachowanie przy stole oddawało hierarchię w relacjach rodzinnych, było też spójne z systemem wartości, w tym wartości religijnych.

Dyskurs władzy jest bardzo wyraźny w relacji dorośli–dzieci. Jego wyrazem jest przymuszanie dzieci do jedzenia. Z kolei kapryszące, odmawiające jedzenia dzieci poprzez odmowę wywierają wpływ na to, co się dzieje w rodzinie. Dzieci skuteczne w odmowie zazwyczaj bardzo efektywnie kontrolują relacje rodzinne, szczególnie gdy rodzice przywiązują dużą wagę do zachowań związanych z odżywianiem, zdrowiem, a relacje rodzinne nasycone są lękiem lub ambiwalencją.

Przygotowywanie posiłków może potwierdzać pozycję w rodzinie, definiować rolę w systemie. Osoba, która „zarządza” kuchnią, może dzięki temu czuć się potrzebna i dowartościowana, uzyskuje poczucie znaczenia i kontroli, które w innych dziedzinach jest dla niej trudne do zdobycia.

3.5. Definiowanie kobiecości

Problematyka jedzenia wyraźnie wpisuje się w dyskurs kobiecości. Tradycyjnie rola kobiety wiązała się z przygotowywaniem posiłków, a nawet była zdefiniowana poprzez to zadanie. W patriarchalnej kulturze obszarem, o którym większość kobiet w pełni mogła decydować, była jedynie kuchnia. Przygotowanie posiłków, sposób ich podawania, miejsce przy stole obrazowały relacje pomiędzy płciami. Stąd kobiety podważające zasady kultury patriarchalnej, aktywne w innych sferach, często chętnie dzieliły się odpowiedzialnością za przygotowanie posiłków z pozostałymi członkami rodziny lub osobami spoza rodziny. Nie przypadkiem wyrazem relacji partnerskich w związku jest włączenie mężczyzny nie tylko w opiekę nad dziećmi, ale także w przygotowywanie posiłków. Krytyka feministyczna zwraca uwagę, że kobiety zajmujące się jedzeniem: przygotowujące jedzenie dla innych, próbujące potraw, muszą jednocześnie odmawiać sobie przyjemności ich jedzenia, aby spełnić inne oczekiwanie kulturowe kierowane do nich – zachowanie szczupłej sylwetki (Orbach, 1986; Lawrence, 1984). Badaczki podkreślają, że jest to źródło wewnętrznych konfliktów: pragnienia sprawiania sobie przyjemności, a jednocześnie przeżywania poczucia winy za uleganie pokusom. Umiejętność odmówienia sobie zjedzenia czegoś smacznego staje się synonimem samokontroli i wzmacnia poczucie wartości (Orbach, 2009). Jednocześnie zwraca się uwagę na różnice między „kobięcym” a „męskim” stosunkiem do jedzenia. Od kobiet wymaga się powściągliwości w okazywaniu apetytu,

oczekuje się umiarkowania, właściwych gestów związanych z odżywianiem, gdyż to manipulowanie ekspresją stanowi nieodłączną część społecznie tworzonej, stereotypowej roli kobiety (Kaschack, 1996). Okazywanie głodu jest nie do zaakceptowania: „Kobieta nie może się po prostu najść, gdy jest głodna, lecz powinna okazać, że nie ma apetytu i że wcale go nie zaspokaja” (Kaschack, 2001, s. 109). Przeciwnie męskość wiąże się ze swobodnym stosunkiem do jedzenia, przyzwoleniem na okazywanie przyjemności związanej ze spożywaniem posiłków, co wskazuje nie tylko na społeczną akceptację męskiej popędowości, lecz także pokazuje, w jakim stopniu ta popędowość współkonstruuje obraz męskości. Na ten aspekt powiązań między spożywaniem pokarmów a popędowością zwraca uwagę Mirosław Lenart (2007), analizując znaczenie jedzenia i ciała u kobiet w kontekście rozwoju duchowego. Przypomina, że pokarmy „ciężkie”, czyli mięsne, były przeznaczone dla mężczyzn, a „lekkie” dla kobiet, „stąd kobiety praktycznie nie jadły mięsa, ponieważ było ono uznane za pożywienie, które wzmacnia pożądanie. Powstrzymywanie się od jedzenia miało zatem u kobiet istotne znaczenie w kontekście panowania nad własną seksualnością” (s. 165).

3.6. Przynależność do wspólnoty i świętowanie

Rytuał wspólnego jedzenia posiłków jest symbolem identyfikacji ze wspólnotową tożsamością. Wspólne biesiadowanie jest sposobem na świętowanie rodzinnych uroczystości, celebrowanie ważnych wydarzeń w życiu członków rodziny. Rytm posiłków, ich podawanie i celebrowanie tworzą rytuały dnia codziennego, dają poczucie stabilności, ciągłości, przewidywalności, „normalności”, stanowiąc ważne aspekty kultury rodzinnej. Przestrzeganie pór jedzenia wspólnego posiłku, zakładające obecność wszystkich osób, może być potwierdzeniem „członkostwa”. I odwrotnie, niechęć do uczestniczenia np. w niedzielnych obiadach może wyrażać chęć oddzielenia się, zaznaczenia odrębności i granic indywidualnych.

Wspólnotowy wymiar wspólnego spożywania posiłków jest widoczny w religijno-kulturowych rytuałach. W polskim kontekście jest nim kolacja wigilijna z rytuałem dzielenia się opłatkiem oraz śniadanie wielkanocne rozpoczynające się dzieleniem się jajkiem. Ich symboliczne znaczenie – konieczność pojednania, wybaczenia i dzielenia się – potwierdza i wzmacnia więzy rodzinne.

3.7. Indywiduacja i tożsamość

Jedzenie bywa sferą definiowania tożsamości jednostki. Może to przyjąć formę np. przejścia na wegetarianizm albo wyboru innego stylu jedzenia. Często w okresie dojrzewania dorastające dzieci kwestionują sposób przygotowania posiłków, zwyczaje związane z ich spożywaniem. Zazwyczaj oddaje to ważność problematyki indywiduacji i dylematy dotyczące własnej tożsamości. Wprowadzanie własnych zwyczajów w zakresie jedzenia, podkreślanie różnic pozwala na wyodrębnienie się z rodzinnego systemu, wyraża często także nie wprost krytykę stylu życia członków rodziny i wartości rodzinnych. Inicjowane zmiany powiązane z określoną filozofią życia, np. z wegetarianizmem, wzmacniają tym samym tożsamość osoby, a proces przygotowywania własnych potraw sprzyja separacji i usamodzielnianiu się.

Inny aspekt tożsamości, który może się manifestować poprzez pożywienie, dotyczy tożsamości religijnej, a także etnicznej. Na ogół rytuały religijne są powiązane z nakazem jedzenia określonych, odpowiednio przygotowanych potraw oraz praktykami postu. Dobrą ilustrację stanowi tutaj judaizm ze szczegółowymi zaleceniami określonymi przez zasady koszerności. Służą one m.in. wyznaczeniu granicy pomiędzy tym, co własne, a tym, co obce. Jak zauważa Łeńska-Bąk (2007, s. 10): „uznanie niektórych z pokarmów za niejadalne czy szkodliwe wpisuje się w dyskurs obcości i służy rozpoznaniu Innego, określeniu dystansu i wyznaczeniu etapów jego zmniejszania”. Wyznacznikiem inności nie musi być religia, może być ona definiowana poprzez pochodzenie etniczne, rasowe.

Z kolei specyficzne aspekty tożsamości etnicznej, przynależności narodowej czy identyfikacji z określonym rejonem są często podtrzymywane poprzez przygotowywanie potraw związanych z miejscem pochodzenia. Dostrzec to można np. u osób przebywających poza granicami własnego kraju. Często wkładają one wiele wysiłku w zdobycie składników pozwalających na przygotowanie rodzimych potraw. Szczególnie miejsce zajmuje tutaj także tradycja rodzinna jedzenia określonych dań, podawanych w odpowiedni sposób. Kontynuowanie zwyczajów podtrzymuje ciągłość tożsamości kulturowej.

3.8. Status społeczny i sposób spędzania czasu

Pożywienie zawsze było istotnym elementem w relacjach pomiędzy rodziną, jednostką a światem. Zapraszanie i częstowanie innych może wyrażać otwartość i gościnność rodziny. Ale może też być sposobem na prezentowanie statusu, pokazywanie dobrobytu. Przygotowanie wystawnych przyjęć i podawanie egzotycznych potraw może np. ilustrować aspiracje członków rodziny czy przynależność do grupy społecznej. Dobrym przykładem ilustrującym te funkcje spożywania posiłków jest lifestyle'owe zjawisko „homingu”. Oznacza ono spędzanie czasu w domu razem z przyjaciółmi i znajomymi, podczas którego, obok oglądania filmów, gier towarzyskich, wspólnie sporządza się posiłki. Głównym motywem jest wspólne przygotowywanie określonego jedzenia:

spotkania kulinarne mają najczęściej określony temat, np. przygotowuje się dania w stylu eko (tofu, kasze, warzywa ekologiczne itd.), staropolskim (barszcze, żury, dziczyzna itp.), śródziemnomorskim (owoce morza, sałatki, wina) czy azjatyckim (sushi, sajgonki itd.). Czasem przebiegają one pod znakiem określonego przysmaku, np. ser-party, truskawka-party lub chocolate-party (www.dolcevitamagazyn.pl/artukul/19; data dostępu: 15.12.2012).

Warunkiem udanego przejęcia jest posiadanie właściwego domu, mieszkania, do którego zapraszamy gości. Oto jedna ze wskazówek, jaka powinna być przestrzeń na spotkania: „dom ma być oznaką naszego stylu, ale w takim wydaniu, którego mogą pozazdrościć nam odwiedzający. Pokazuje on przecież naszą pozycję społeczną. By umilić więc przebywającym spędzanie czasu, rozwiązania wystroju wnętrza muszą być jednocześnie praktyczne, ale i ozdobne. Nowoczesne, ciekawe, a czasem nawet intrygujące” (www.dolcevitamagazyn.pl/artukul/19; data dostępu: 15.12.2012). Cytat ten wyraźnie umieszcza jedzenie w szerszym kontekście relacji społecznych: jest ono pretekstem do okazania statusu, przynależności kulturowej. W tym odniesieniu aspekt wspólnotowy, idea biesiadowania zdaje się mieć mniejsze znaczenie, ważniejsze jest pokazanie różnicy i odrębności.

3.9. Podsumowanie

Wymienione aspekty nie wyczerpują znaczeń, jakie są wpisane w przygotowywanie posiłków i ich spożywanie. Sporządzenie potraw, jedzenie, karmienie, jak rzadko które z czynności, dalece wykraczają poza proste

zaspokajanie potrzeb biologicznych. Niektóre ze znaczeń mogą być charakterystyczne dla określonego kręgu kulturowego, tworząc swoistą normę, inne będą powiązane ze wzorami relacji w danej rodzinie, stanowiąc ważny aspekt rodzinnych relacji, jej tożsamości i tradycji.

Fakt, iż od odżywiania zależy nasze życie, czyni relację karmienia wyjątkową, sprawia, że staje się ono istotną osią rozwoju więzi wczesnodziecięcych i zazwyczaj odgrywa główną rolę w systemie rodzinnym. Stąd też jedzenie jest powiązane z uczuciami, potrzebami, wewnętrznymi konfliktami, które mogą być komunikowane przez zachowania związane ze spożywaniem pokarmów lub ich odmową. Ograniczanie jedzenia, nadmierne jedzenie rozwijają się w określonym kontekście kulturowym i rodzinnym. Mogą one dotyczyć rozmaitych dylematów związanych z tożsamością, seksualnością, rolą kobiecą, przynależnością religijną i etniczną, niejasnością swojego miejsca w świecie, trudnością spełnienia oczekiwań rodzinnych i/lub społecznych, koniecznością określenia się wobec sprzecznych lub nadmiernych wymagań. Współcześnie spożywanie pokarmów zostało nieodłącznie powiązane także z dyskursem diety, zdrowego żywienia, ideałem szczupłości.

Spożywanie pokarmów jest sposobem porozumiewania się ze światem społecznym, jego oczekiwaniami. Zarazem kultura coraz bardziej nasycona jest obrazami jedzenia, wizjami kulinarnych zachowań, promowaniem produktów i potraw oraz diet powiązanych ze stylem życia. To sprawia, iż w coraz większym stopniu „jedzenie pozbawione swych pierwotnych biologicznych konotacji staje się osią, wokół której narastają kolejne ciągi skojarzeń i znaczeń” (Kubat, 2009, s. 35), które uzyskują status tego, co obowiązujące.

W ostatnich latach narasta liczba publikacji naukowych poświęconych jedzeniu. Na uniwersytetach powoływane są interdyscyplinarne Food Studies, które podejmują różnorodne aspekty związane z jedzeniem, takie jak np. jedzenie a tożsamość, przynależność klasowa, czynniki warunkujące wybory pożywienia, etyka jedzenia, tradycyjne i współczesne sposoby przygotowania pokarmów, nowe technologie produkcji itp. Przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych odkrywają i opisują aspekty istotne z ich perspektywy. Od prawie trzydziestu lat funkcjonuje The Association for the Study of Food and Society, który organizuje coroczne konferencje, publikuje interdyscyplinarne czasopismo „Food, Culture, and Society” (www.food-culture.org; data dostępu: 15.12.2012).

W coraz większym stopniu jedzenie, jego przygotowanie, psucie się, rytuały, znaczenia symboliczne, jakimi jest nasycone, stają się przedmiotem sztuki: malarstwa, instalacji, sztuki filmowej. Poprzez obrazy zwią-

zane z jedzeniem wyrażane są dylematy dotyczące tożsamości, granic tego, co wspólne, a co intymne, seksualności, tradycji, przynależności etnicznej i społecznej.

Jak zauważa antropolożka Katarzyna Łeńska-Bąk (2007, s. 10):

nie tylko jedzenie może dostarczyć interesujących danych na temat kultury i społeczeństw, ale i stojący na przeciwnym biegunie zakaz spożywania pokarmów. Powstrzymanie się od jedzenia, post, ascetyczne wyrzeczenie, pokarmowe tabu – jakkolwiek by to zjawisko nazywać – to gesty specjalnie nacechowane. (...) Post nigdy nie był przypadkowy, zawsze też stanowił specyficzne i skomplikowane zjawisko. I podobnie jak w przypadku jedzenia znajduje kontynuację we współczesności, nabierając w niej zupełnie innych znaczeń.

Część II

ZABURZENIA JEDZENIA. TERAPIA

4. Historyczne interpretacje ograniczania jedzenia i nadmiernego jedzenia²⁸

Sądzę, że istnieje wiele powodów, dla których podejmując próby rozwiązania jakiegoś problemu, odwołujemy się najpierw do przeszłości. Dzieje się tak po części dlatego, że jesteśmy przekonani, iż uporządkowanie dotychczas zgromadzonej wiedzy i przegląd wcześniejszych prób rozwiązywania interesującego nas zagadnienia umożliwi wybranie sposobów najtrafniejszych. Może także kierować nami chęć zbadania, jaką wagę przywiązywano do tego problemu w innych warunkach – kulturowych, ekonomicznych. A także i to, jak radzono sobie w przeszłości, dysponując odmiennymi od naszych możliwościami badawczymi.

Jacek Bomba, *Zaburzenia jedzenia. Próba spojrzenia z perspektywy historycznej*. W: J. Bomba, B. Józefik (red.), *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: Co, kiedy, komu*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2003.

Ograniczanie jedzenia i nadmierne jedzenie budzą żywe zainteresowanie badaczy i zróżnicowane interpretacje. Julie Hepworth (1999) podkreśla, że wiedza dyscyplin, które starają się wyjaśnić oba zjawiska, jest społecznie konstruowana: „systemy wiedzy konstruują wyjaśnienia zjawiska anoreksji i bulimii w rozmaity sposób, w oparciu o dyskursy specyficzne dla danej dziedziny” (s. 104). Zdaniem badaczki zjawisko samogłodzenia się, skrajnego ograniczania jedzenia jest znane współcześnie jako *anorexia nervosa*, ponieważ podstawowe aspekty zostały określone w medycynie ponad sto lat temu. Warto jednak zauważyć, iż zjawisko samogłodzenia występowało w dziejach w różnych kręgach kulturowych i było interpretowane w zależności od dominującego w danym okresie dyskursu. Przekonujących argumentów dla tej tezy dostarczają prace Waltera Vandereyckena i Rona van Detha (van Deth, Vandereycken, 1992; Vandereycken, van Deth, 1994; Vandereycken, 2002a). Badacze ci, opierając się na pracach historyków, antropologów, teologów i me-

²⁸ Rozdział ten, w niniejszym wydaniu nieznacznie poszerzony, był opublikowany w pracy B. Józefik, *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.

dyków, wyczerpująco i wnikliwie opisali przykłady osób odmawiających jedzenia, przytaczając historyczny i kulturowy kontekst ich zachowania. Analiza zaczerpniętych z różnych źródeł materiałów ukazuje złożoność kontekstów i indywidualnych historii osób ograniczających jedzenie. Pokazuje także zróżnicowane reakcje społeczne wobec faktu ograniczenia jedzenia i odmienne konsekwencje tych zachowań.

4.1. Ograniczanie jedzenia w dyskursie religijnym

4.1.1. Dyskurs ascezy

Ograniczanie jedzenia jako praktyka religijna ma charakter uniwersalny i spotykamy je we wszystkich kulturach, także współcześnie. Praktyka postu ma wiele znaczeń. Najbardziej pierwotne, z jednej strony, traktuje post jako środek ułatwiający kontakt z *sacrum*, z drugiej, jako sposób na ochronę przed siłami nieczystymi. Przykładem mogą być praktyki postu stosowane w starożytnym Egipcie. Starożytni Egipcjanie powstrzymywali się przed jedzeniem, gdy zamierzali odwiedzić świątynię, faraonowie przed podjęciem ważnych decyzji i przed uczestnictwem w świątach religijnych pościli przez wiele dni, post stanowił integralną część egipskich rytuałów żałobnych. Te aspekty odnajdujemy także w judaizmie, chrześcijaństwie i islamie. Praktyka postu ma także znaczenie w buddyzmie. Jak pisze Heng Sure (2010, <http://sferadharmy.pl>; data dostępu: 20.12.2012):

Post w klasztorze jest pojmowany jako ascetyczna praktyka zwana *dhutanga*. (*Dhutanga* znaczy „potrząsnąć” lub „ożywić”.) W skład niej wchodzi 13 praktyk, z których cztery dotyczą jedzenia: jeść raz dziennie jeden posiłek, zmniejszać ilość jedzenia, a podczas zbierania jałmużny jeść tylko to, co się dostało w pierwszych siedmiu domach. Te praktyki każdy podejmuje dobrowolnie i nie są one niezbędne w codziennym życiu w buddyjskim klasztorze. Jak wiadomo, Budda podkreślał umiar, zalecał Ścieżkę Środka, która powstrzymuje od wyborów ekstremalnych we wszystkim, nie tylko w pościeniu. Post jest dodatkiem do praktyki, który każdy może podjąć, raz na jakiś czas, pod kierunkiem kogoś bardziej doświadczonego.

Historycznie dobrze udokumentowane przykłady postu przytaczane są najczęściej w kontekście żywotów świętych, którzy prowadząc radykalną głódówkę, doprowadzali się do skrajnego wyniszczenia, a czę-

sto i śmierci. Można tutaj wymienić św. Angelę z Foligno, św. Elżbietę z Reute, św. Mikołaja z Flue czy wreszcie najbardziej chyba znane – św. Małgorzatę z Cortony i św. Katarzynę ze Sieny (Vandereycken, van Deth, 1994; <http://www.biblia-patron.com>; data dostępu: 20.12.2012).

W historii chrześcijaństwa przykłady wielomiesięcznego, a nawet wieloletniego głodzenia się wskazywały na nadnaturalne możliwości, umacniały wiarę i przyciągały wątpiących. Praktyki postu można więc rozpatrywać w kontekście osiągnięcia rozwoju duchowego i praktykowania życia religijnego. Połączone z abstynencją seksualną, ograniczeniem ilości snu, samobiczowaniem i innymi formami umartwiania ciała stały się najbardziej znaczącą formą ascezy. Platonańska i neoplatonańska koncepcja duszy jako uwięzionej w ciele sprawiła, iż ciało z jego potrzebami spostrzegane było jako źródło oddzielenia od Boga, jako zaprzeczenie świętości. Jan Bereza (2010, s. 30), przytaczając Apoftegmaty Ojców Pustyni, cytuje słowa mnicha Jana Karła porównującego post do zbrojnego zdobywania miasta: „Kiedy Król chce zdobyć nieprzyjacielskie miasto, przede wszystkim odcina mu wodę i dostawy żywności; a wtedy nieprzyjaciele poddają mu się, bo giną z głodu. Tak jest i z namiętnościami ciała – jeżeli człowiek żyje w poście i głodzie, słabną nieprzyjaciele jego duszy”. Negowanie ciała poprzez odmowę jedzenia, połączone z innymi religijnymi praktykami, było sposobem na zbliżanie się do tego, co duchowe. W kontekście wczesnochrześcijańskiej doktryny post stanowił zatem istotny aspekt ascezy prowadzącej do doskonałości w zakresie duchowego rozwoju, realizację idei czystości w relacji do *sacrum* (Malson, 1998).

Bereza wskazuje, że praktyka postu miała także służyć opanowaniu uczuć, szczególnie agresji, ćwiczeniu charakteru, wprowadzeniu posłuszeństwa (Bereza, 2010). Ilustruje to fragment homilii św. Bazylego Wielkiego, który pisał:

I gdyby wszyscy brali post za doradcę w postępowaniu, nic by nie stało na przeszkodzie, aby głęboki pokój panował na ziemi, bo by ani ludy nie powstały jedne przeciw drugim, ani wojska by się nie ścierały ze sobą. (...) Jawną bowiem jest rzeczą, że każdego nauczyłyby wstrzemięźliwości, nie tylko w jedzeniu, lecz także w chciwości i oszustwie i zupełnego unikania i strzeżenia się wszelkiej złości (za: Bereza, 2010, s. 24).

Post może być także rozpatrywany jako pokuta, sposób wyrażenia żalu za grzechy, realizacja potrzeby samoukarania się, samoupokorzenia. Pokuta, chociaż mogła dotyczyć indywidualnego życia, w zasadniczy sposób odnosiła się do podstaw nauczania Kościoła, szczególnie do

interpretacji grzechu pierworodnego, przekonań o grzeszności natury ludzkiej.

Żywoty świętych dostarczają bogatego materiału, pokazując, jak w praktykach prowadzonego latami postu obecne są wymienione powyżej wątki. Wspomniana już św. Katarzyna ze Sieny swój mistycyzm łączyła ze skrajnie ascetycznym stylem życia, w tym z radykalnym ograniczaniem jedzenia. Jak pisze Norman Cohn (1986): „Od piętnastego roku życia Katarzyna Benincasa, bardziej znana jako Katarzyna ze Sieny, jadła jedynie chleb, niegotowane warzywa i piła wodę. Po 25. roku życia jedynie żuła nieco ziół, wypluwając treść (...), a w końcu odmówiła nawet picia wody (...) (za: Hepworth, 1999, s. 14).

Niejedzenie połączone z innymi formami umartwienia oraz modlitwą było dla niej doświadczeniem łaski Bożej i Bożej obecności. Mimo iż w okresie, w którym żyła, Kościół nie popierał skrajnej postaci postu, optując za przestrzeganiem ustalonych konwencjonalnych rytuałów, kontynuowała swoje pełne wyrzeczeń życie, mając przekonanie, iż zostało jej podyktowane przez Boga. Zmarła w 1380 roku, w wieku 33 lat, z wyczerpania i wyniszczenia organizmu.

Warto podkreślić, że między XII a XIV wiekiem, szczególnie wśród kobiet mniszek często odnajdujemy tę formę ascezy. Hepworth (1999) zwraca uwagę, że sposób życia tych kobiet budził szacunek, uznanie i docenienie, jakie rzadko było udziałem kobiet w tych czasach, ze względu na ostatnie miejsce kobiet w patriarchalnej strukturze społecznej i kościelnej. Bell (1985), interpretując zjawisko głodujących świętych, stawia tezę, iż radykalny post mógł stanowić optymalne wyjście dla tych kobiet, których osobowość wykraczała poza ramy wyznaczone im przez kontekst czasu i miejsca, stwarzając możliwość uzyskania innego, wyższego statusu społecznego. Julie Hepworth i Christine Griffin (1995), cytując prace Caroline Walker Bynum (1987), podkreślają, że „w sytuacji konfliktu kobiecej cielesności z oczekiwaniami rodziny i jej własnymi” jedynym obszarem, poprzez który kobieta mogła wyrazić swoją kontrolę, było jej ciało. Ono stawało się obiektem karaniania i odrzucenia.

4.1.2. Dyskurs opętania

Wieki późniejsze przynoszą inną interpretację trwającego wiele miesięcy czy lat niejedzenia. Zmieniający się obraz religijności, instytucjonalizacja Kościoła sprawiają, że w przestrzeni społecznej dyskurs religijny ulega przemianom. W historii odnajdujemy dalej przypadki poszczających

dziewcząt i kobiet, ale od XV wieku przedłużające się nieprzyjmowanie pokarmu budzi raczej niepokój jako zachowanie sprzeczne z naturą i bywa interpretowane jako wyraz działania sił nieczystych, diabolicznych (Hepworth, Griffin, 1995; Vandereycken, van Deth, 1994). Poszczące młode dziewczęta czy kobiety, z jednej strony otoczone są lokalną sławą, z drugiej podejrzliwością. W przeciwieństwie bowiem do średniowiecznych świętych wiele z nich nie było wyniszczonych, a raczej pozostały w dość dobrej zdrowotnej kondycji. W okresie „polowania na czarownice” zachowania odmienne budziły szczególną nieufność i łatwość oskarżenia, iż ponadnaturalne możliwości są dziełem szatana. Warto dodać, że wiara w możliwość latania czarownic zakładała, iż wymaga to niższej niż przeciętna wagi kobiety. Stąd zwyczaj ważenia dziewcząt i kobiet podejrzanych o to, że zostały owładnięte przez „siły nieczyste”²⁹. Gdy niejedzenie traktowane było jako wyraz opętania przez diabła, zalecano egzorcyzmy, a brak poprawy mógł się zakończyć wyrokiem śmierci (Vandereycken, van Deth, 1994). Warto dodać, iż egzorcyzmy do XVII wieku były stosowane dość powszechnie jako leczenie dolegliwości, których przyczyn nie umiano wyjaśnić, w tym tych, które były powiązane z niejedzeniem. Były one zlecane przez lekarzy, którzy nie znajdując wyjaśnień medycznych, w chorobie dopatrywali się działania sił diabolicznych. Jeszcze w 1743 roku Von Berg opublikował książkę, będącą wskazaniem do stosowania egzorcyzmów, w której przytaczał objawy i zachowania potwierdzające, że kobieta jest czarownicą. Wśród istotnych wskaźników wymienia: niemożność przyjmowania jedzenia, stałe utrzymywanie się wymiotów, uczucie ciężkości w żołądku, poczucie kuli w brzuchu (Vandereycken, van Deth, 1994).

Chociaż współcześnie jesteśmy bardzo dalecy od takiego rozumienia niejedzenia, Vandereycken i van Deth (1994) wskazują, że wciąż stosowane są praktyki egzorcyzmów w sytuacji wiązania objawów psychopatologicznych z opętaniem demonicznym. Jako ilustrację badacze podają przypadek 23-letniej Anneliese Michel z Bawarii, która zmarła w 1976 roku w trakcie przedłużających się egzorcyzmów, mających na celu wy-

²⁹ Miasteczko Oudewater w Holandii dysponowało przywilejem wystawiania zaświadczeń, które miały moc prawną na terenie Świętego Cesarstwa Rzymskiego Narodu Niemieckiego, a później także na obszarze Europy. Osoba poddana próbie wagi otrzymywała od Rady Miejskiej certyfikat, w którym orzekano, iż została zważona na publicznej wadze i wykazała się należnym ciężarem, co wystarczało, by cieszyć się gwarancją nietykalności w sprawach o czary.

leczenie jej z trwającej od wielu lat anoreksji psychicznej, współwystępującej z padaczką i zaburzeniami psychiatrycznymi³⁰.

4.2. Dyskurs paranaturalnych możliwości i wyczynu

Postępująca sekularyzacja kultury powodowała stopniowe odchodzenie od religijnych interpretacji niejedzenia. Niejedzenie było rozpatrywane bardziej jako zjawisko niezwykle, wzbudzające sensację. Traktowane na równi z innymi „dziwami natury”, takimi jak np. urodzenie się bliźnięt syjamskich, budziło ciekawość. W opinii powszechnej przyjmowano, że tzw. poszczące dziewczęta posiadają jakieś niezwykle, ponadnaturalne właściwości, dzięki którym utrzymują się w zdrowiu i dobrej formie. Vandereycken i van Deth (1994), opierając się na źródłach historycznych, podają wiele takich przykładów, by wymienić Jeanne Balam z Confolens, która utrzymywała, że przez trzy lata do 1602 roku powstrzymywała się od zjedzenia czegokolwiek, czy Marię Furtner z Frasdorf, zmarłą w 1884 roku, która twierdziła, że przez 40 lat jedynie piła wodę ze strumienia.

Kiedy pojawiały się pierwsze objawy odmowy jedzenia, niejedzące kobiety zazwyczaj były konsultowane przez znachorów lub lekarzy. W przypadku gdy leczenie nie dawało rezultatów, pojawiały się inne „cudowne” wyjaśnienia. Jako „cud natury” pokazywane były na jarmarkach i odpustach, utrzymując z datków siebie i swoje rodziny. Niekiedy stawały się przedmiotem szczególnego zainteresowania wybitnych osobistości, co wzmacniało sławę i przekonanie o cudownym charakterze zjawiska. Biuletyny i gazety upowszechniały zjawisko, a „cudowne poszczące dziewczęta” stanowiły w nich stałą rubrykę. Vandereycken i van Deth (1994) opisują przypadek młodej Holenderki, którą latem 1826 roku odwiedziło, płacąc za możliwość jej zobaczenia, ponad tysiąc turystów, informacja o niej bowiem została umieszczona w angielskim przewodniku.

Niektóre z odmawiających jedzenia dziewcząt były badane i obserwowane, co często prowadziło do ujawnienia ich oszustw, z powodu których były karane lub więzione, podobnie jak pomagający im w oszustwie członkowie rodziny. Konsekwentnie prowadzone obserwacje miały też

³⁰ Przypadek Anneliese Michel budzi wiele kontrowersji. Inni autorzy wskazują, iż przyczyną śmierci był zespół opętania przebiegający z wyniszczeniem. Por.: F. Goodman, *Egzorcyzmy Anneliese Michel*. Wyd. Arka Noego, Gdańsk 2005. Na podstawie przypadku Anneliese Michel w 2005 roku powstał film *The Exorcism of Emily Rose*.

dramatyczne zakończenia. Vandereycken i van Deth (1994) przytaczają historię Sarah Jacob z Walii, która mając 10 lat, zaczęła odmawiać przyjmowania jedzenia. Dwutygodniowa obserwacja potwierdziła, iż dziewczynka nie je i stanowi jeden z „cudownych przypadków”, co wzmocniło jej lokalną sławę. Nieco później na skutek artykułu opublikowanego w 1869 roku w „The Times”, w którym nazwano zachowania Sarah histerią udawaną (*simulative hysteria*), powtórzono obserwację, tym razem w London's Guy's Hospital. Już po kilku dniach dziewczynka, w sytuacji pełnej abstynencji, ujawniała oznaki bardzo dużego osłabienia. Rodzina nie zgodziła się jednak na przerwanie obserwacji, podtrzymując, iż córka może żyć bez jedzenia. W rezultacie dziewczynka szybko zmarła, potwierdzając przypuszczenie, iż wcześniej była potajemnie odżywiana.

Zjawisko „cudownych dziewcząt” traci na znaczeniu w XIX wieku wraz z medykacją zjawiska. Pojawia się wówczas nowy fenomen głodujących cyrkowców, „żywych szkieletów”. Ekstremalne ograniczenie jedzenia, wyniszczenie ciała ma przyciągnąć uwagę, być sposobem zdobywania zainteresowania i środkiem utrzymania się. Głodujący artyści to prawie zawsze mężczyźni, wynajmujący impresariów, reklamujący swoje nadzwyczajne możliwości przeżycia bez jedzenia. W odróżnieniu od „cudownych dziewcząt” sugerujących możliwość niejedzenia w ogóle mężczyźni ci ograniczali niejedzenie do określonego czasu, zazwyczaj kilku tygodni. Ich zachowanie spostrzegane było nie tyle jako cudowne zjawisko, ile nadzwyczajny wyczyn. Korzystali ze współczesnych mediów reklamujących ich niezwykłe możliwości (van Deth, Vandereycken, 1992).

Wiek XIX to dalsze narastanie fascynacji chudością. Warto zaznaczyć, że nie zawsze przyczyną chudości było samogłodzenie się, niekiedy wynikało ono z nierozpoznanych chorób somatycznych przebiegających z wyniszczeniem, wobec których ówczesna medycyna była bezradna.

4.3. Dyskurs strajku głodowego

Pod koniec XIX wieku samogłodzenie powraca w innej formie, jako idea strajku głodowego (Hepworth, 1999). Strajk głodowy wynika ze świadomej decyzji o niejedzeniu. Jest bronią osoby, która czuje się zdesperowana i pozbawiona wpływu. Poprzez powstrzymanie się od jedzenia ma nadzieję zmusić drugą stronę do negocjacji czy przynajmniej przyciągnąć uwagę opinii publicznej. Tak więc samogłodzenie się staje się formą

publicznego protestu przeciwko sytuacjom spostrzeganym jako niesprawiedliwe, sprzeczne z prawem, zwyczajami czy niemożliwe do zniesienia. Jak pisze Gordon (2000), „z historycznego punktu widzenia strajk głodowy jest traktowany przez osoby społecznie uciskane jako środek zawstyżenia lub upokorzenia tych, którzy sprawują władzę; jego celem jest ostateczne skłonienie ich do ustępstw” (s. 194). Strajk głodowy jest zjawiskiem częstym w XX wieku i obecnym współcześnie, chociaż pojedyncze przykłady możemy odnaleźć we wszystkich okresach historycznych. W pierwszych dekadach XX wieku był szczególnie bronią więzionych przeciwników politycznych, sufrażystek, przywódców politycznych walczących o wyzwolenie narodu. W ostatnich latach powszechność zjawiska powoduje, że nie budzi ono już takiego zainteresowania, tracąc tym samym swoją siłę jako środek nacisku.

Na marginesie warto zwrócić uwagę na pojawiające się współcześnie interpretacje anoreksji psychicznej jako strajku głodowego. Ilustracją może być praca Susie Orbach z 1986 roku zatytułowana *Hunger strike*. Także własne doświadczenia kliniczne potwierdzają, iż niektóre z przypadków odmowy lub radykalnego ograniczania jedzenia, diagnozowane jako anoreksja psychiczna, mogą być traktowane jako wyraz strajku głodowego, podejmowanego w sytuacji skrajnie trudnej.

4.4. Ograniczanie jedzenia i nadmierne jedzenie – dyskurs medyczny

4.4.1. Historyczne medyczne ujęcie głodzenia się i anoreksji

Chociaż przez stulecia radykalne ograniczanie jedzenia było rozumiane w kategoriach religijnych, różnie zresztą interpretowanych, nie oznacza to, że nie interesowała się nim także medycyna. Jak już wspomniano, zazwyczaj pojawienie się pierwszych symptomów odmowy jedzenia wiązało się z próbami leczenia. Poszczący święci, „cudowne dziewczęta”, byli konsultowani przez lekarzy, uzdrowicieli. Nieskuteczność leczenia w odniesieniu do opisywanych w literaturze przypadków skłaniała do poszukiwania innych pozamedycznych wyjaśnień. Jednocześnie wobec wielu osób podejmowane były działania, uznane w danym okresie historycznym za leczące, które przynosiły przynajmniej częściowo pozytywne rezultaty. Szczególnie gdy problemom z jedzeniem towarzyszył dobrze znany obraz kliniczny, nie budziło wątpliwości, że przyczyną jest głodzenie się.

Postępująca od oświecenia laicyzacja kultury europejskiej przyspieszała desakralizację rozumienia źródeł i przebiegu radykalnego samoo ograniczenia przyjmowania pokarmów, sprzyjając jednocześnie rozwojowi medycznego paradygmatu. Do XIX wieku jednak współlegzystują medyczne i religijne wyjaśnienia, chociaż z wyraźną tendencją do zaniku tych ostatnich (Vandereycken, van Deth, 1994; Hepworth, 1999; Malson, 1998). Warto przy tym zauważyć, że wczesne medyczne wyjaśnienia mechanizmów związanych z długotrwałym głodem się miały często charakter wysoce spekulatywny. Vandereycken i van Deth (1994) przytaczają, iż XVIII-wieczny lekarz z Bazylei Johan Jacob Ritter uważał, że głodzące się dziewczęta i kobiety odżywiają się zatrzymaną krwią miesięczną, którą ciało absorbuje w celu odżywienia. Z kolei żyjący w XVI wieku lekarz Neapolitano Portio wskazywał, iż głodząca się przez dwa lata dziewczyna odżywiła się powietrzem. Inne wyjaśnienia były również kontrowersyjne: żyjący w XX wieku dr Kröner, analizujący życie mistyczki Teresy Neumann, niespożywającej niczego z wyjątkiem Eucharystii, uważał, że pobiera ona pokarm z innych ludzi poprzez rodzaj magnetycznej siły. Jego myślenie było zbliżone do koncepcji Carla Gustawa Junga zakładającej możliwość przemieszczania się żywych cząsteczek białka z jednego ciała do drugiego (Vandereycken, van Deth, 1994; Pilecki, 1999a).

Anoreksja jako objaw chorób somatycznych

Medycyna starożytna przywiązywała dużą wagę do zaburzeń jedzenia i stopnia wyniszczenia organizmu jako symptomów pewnych chorób. Tak np. Soranus z Efezu traktował chroniczne bóle głowy, epilepsję i bóle żołądka jako konsekwencję awersji do jedzenia (Vandereycken, van Deth, 1994). Tendencja, aby problemy z jedzeniem i wycieńczenie organizmu widzieć jako symptomy różnych schorzeń, dominowała do czasów nowożytnych.

W literaturze medycznej napotykamy wiele pojęć na opisanie objawów niejedzenia, takich jak *anorexia*, *inappetentia*, *asitia*, *inedia*. Galen był jednym z pierwszych lekarzy, który doprecyzował znaczenia tych pojęć. Vandereycken i van Deth (1994) cytują jego komentarz do książki Hipokratesa, w którym pisał:

Ci, którzy odmawiają jedzenia i nie przyjmują niczego, są przez Greków nazywani anorektykami lub *asitous*, co oznacza, że są to osoby, które nie mają apetytu i powstrzymują się od jedzenia. Natomiast ci, którzy po przyjęciu jedzenia czują niechęć, a nawet wstręt do jedzenia, nazywani są *apositous*.

(...) nie mogą utrzymać jedzenia i wymiotują (za: Vandereycken, van Deth, 1994, s. 113).

Pojęcie *anorexia* jest często używane w nowożytnej medycynie. Jako wyjaśnienie niejedzenia podawane są różnorodne przyczyny, szczególnie fizjologiczne, gastryczne, niekiedy w powiązaniu z emocjonalnymi. Harderus w pracy z 1703 roku wiąże restrykcję w jedzeniu z zaburzeniami unerwienia żołądka i przeżywaniem emocji, szczególnie złości, lęku i smutku. Pod koniec XVIII wieku Pinel, uznawany za pioniera psychiatrii, wprowadza pojęcie nerwicy gastrycznej, do której zalicza anoreksję, bulimię i picę (Vandereycken, van Deth, 1994).

Proponowane leczenie było bardzo zróżnicowane: od podawania opium, poprzez namawianie do jedzenia, zastraszanie, stosowanie specjalnych diet, podawanie wina, upuszczanie krwi, podawanie środków wzmacniających, wymiotnych, pobudzających trawienie.

Na początku XIX wieku wciąż dominuje stanowisko, że anoreksja może być wynikiem wielu chorób somatycznych. Pojawia się również koncepcja łącząca odmowę jedzenia z doświadczeniem szoku, traumy. Klinicyści dostrzegają też zróżnicowanie obrazu klinicznego i przebiegu procesu chorowania.

Wyodrębnienie anoreksji jako syndromu

Pod koniec XVII wieku dochodzi do opisanie anoreksji jako odrębnego syndromu. Pierwszą osobą, która precyzyjnie określiła objawy anoreksji we współczesnym rozumieniu tego zaburzenia, był angielski lekarz Richard Morton. W wydanej w 1689 roku pracy *Phthisiologia seu Exercitationes de phthisi*, pod nazwą *atrophia nervosa* albo *phthisis nervosa* opisał on zespół polegający na wyniszczeniu ciała występującym bez gorączki i duszności, któremu towarzyszy utrata apetytu, zaparcia, utrata miesiączki, brak troski o swoje zdrowie i życie (Vandereycken, van Deth, 1994). Przedstawiając dwa przypadki: 18-letniej dziewczyny i 16-letniego chłopca, rozpatrywał ich chorobę, nazwaną „zanikiem nerwowym”, jako odmianę gruźlicy. W XVIII wieku Robert Whyatt, opierając się na Mortonie, dodał dalsze obserwacje do obrazu klinicznego, nazywając jednocześnie zaburzenie jako *nervous atrophy*. W 1859 roku amerykański lekarz Chipley opublikował pracę dotyczącą ogromnego lęku przed jedzeniem, który zdiagnozował u nastoletniej pacjentki. Chipley nazwał ten zespół sitomanią (Liles, Woods, 1999).

W XIX wieku następuje dalsze doprecyzowanie zjawiska. Prawie równocześnie dwóch lekarzy – Francuz Ernest Charles Lasegue w 1873 roku i Anglik William Whitney Gull w 1874 roku – opisało przypadki wyniszczenia wraz z towarzyszącymi objawami, nazywając je *anorexia hysterica*³¹ (Hepworth, 1999). Ich główną zasługą było nie tylko nadanie nazwy *anorexia*, uporządkowanie objawów, lecz także dostrzeżenie psychicznego tła zaburzenia. Lasegue konsekwentnie rozpatrywał je w kontekście patologii histerycznej, stąd też zaproponowana przez niego nazwa *anorexia hysterica*. Należy dodać, że pogląd o histerycznym tle anoreksji był podzielany przez wielu lekarzy XIX-wiecznej Europy. Gull mówił początkowo o psychicznej perwersji, później zaś o perwersji *ego* jako przyczynach problemu. Stopniowo odchodził od określenia *anorexia hysterica* na rzecz *anorexia nervosa*. Uważał, że to ostatnie jest bardziej adekwatne i wskazywał na odrębność anoreksji psychicznej od histerii.

Obaj autorzy zwrócili też uwagę, że zaburzenie występuje zazwyczaj u dziewcząt i młodych kobiet. Sformułowali także wiele trafnych uwag na temat leczenia, wskazując na brak motywacji pacjentek, trudności w nawiązaniu relacji, nieskuteczność stosowania środków pobudzających apetyt. Lasegue podkreślał, iż lekarz powinien być spostrzegany przez pacjentki jako autorytet, a nie osoba o postawie autorytarnej. W kontakcie z chorymi powinny charakteryzować go wnikliwość oraz unikanie zastraszania. Zwracał uwagę na nieskuteczność działań podejmowanych przez rodzinę, a nawet podtrzymywanie procesu chorowania i proponował jako ważny aspekt leczenia rozdzielenie pacjentki od rodziny poprzez hospitalizację. Gull opowiadał się za niezmuszaniem pacjentek do jedzenia w mniej nasilonych postaciach anoreksji, wskazując jednocześnie na niebezpieczeństwa, jakie niesie kontynuowanie radykalnego ograniczania jedzenia.

Anoreksja w dyskursie psychiatrycznym

Koniec XIX i początek XX wieku to okres kariery klinicznej anoreksji psychicznej. Termin zaczyna być szeroko stosowany przez lekarzy. Anoreksja staje się przedmiotem zainteresowania psychiatrii. Utrwała się jej rozumienie jako psychogennie uwarunkowanego samogłodzenia, któremu towarzyszy wiele objawów wynikających z wyniszczenia organizmu.

³¹ Początkowo Gull używał pojęcia *apepsia hysterica*, ale już w 1874 roku za Lasegue przyjął określenie *anorexia hysterica*.

Nadal utrzymuje się m.in. traktowanie anoreksji jako ekwiwalentu hysterii (Hepworth)³². Teza ta jest podtrzymywana przez wielu wybitnych psychiatrów, żeby wspomnieć Janeta i jego wykłady na temat *hysterical anorexia* z 1906 roku. To myślenie zostaje podważone po odkryciu przez Morrisa Simmonsa w 1914 roku zespołu wyniszczenia spowodowanego niewydolnością przysadki (Pilecki, 1999a). Pojawiają się hipotezy o zaburzeniach endokrynych jako przyczynach anoreksji. Przez prawie dwie dekady panuje przekonanie, że wyniszczenie u młodych dziewcząt i kobiet pierwotnie wynika z zaburzeń w funkcjonowaniu przysadki i wymaga leczenia endokrynologicznego. Dopiero w latach trzydziestych XX wieku precyzyjne różnicowanie obrazu klinicznego i głębsze poznanie mechanizmów endokrynologicznych pozwoliło na oddzielenie anoreksji psychicznej od innych zespołów przebiegających z wyniszczeniem. Powrócono do koncepcji o psychicznej naturze syndromu. Do lat sześćdziesiątych XX wieku w ramach dominującego psychoanalitycznego paradygmatu odmowa jedzenia była rozumiana jako wyraz lęku przed „oralnym zapłodnieniem” (Berlin, 1951 za: Włodarczyk-Bisaga, 1993). Inspirujące dla dalszego rozwoju teorii na temat anoreksji okazały się prace Hildy Bruch (1978, 1987). Zwróciła ona uwagę na zaburzony obraz ciała i problem poczucia wartości oraz samooceny pacjentek chorujących na anoreksję. Przyniosło to dalszy wzrost zainteresowania problematyką, epidemiologią, czynnikami etiologicznymi i modelami leczenia. W ostatnich czterdziestu latach, w związku z narastaniem zachorowań, anoreksja psychiczna jest nadal w centrum zainteresowania zarówno badaczy, praktyków jak i mediów, przynosząc uporządkowanie kryteriów diagnostycznych i modeli etiologicznych, określając procedury i ujęcia terapeutyczne.

4.4.2. Historyczne medyczne ujęcie problematyki nadmiernego jedzenia

W odróżnieniu od problematyki głodzenia się i anoreksji nadmierne jedzenie nie było przedmiotem tak dogłębnych analiz i ma znacznie mniej obszerną literaturę. Dotyczy to szczególnie historycznego ujęcia zagadnienia. Jest to spójne z podzielanym przez wielu badaczy przekonaniem,

³² Warto zwrócić uwagę, że o podobieństwie pomiędzy histerią a anoreksją pisze badaczka feministyczna Bordo (rozdział 5.5), wskazując, iż uosabiają one właściwą dla swoich czasów „mystykę kobiecości” (Bordo, 1993).

że bulimia jest fenomenem charakterystycznym dla współczesności. Teza ta została w ostatnich latach zakwestionowana przez niemieckiego badacza Horsta-Ulferta Ziolkę, który na podstawie analizy źródeł historycznych przytacza fakty obecności tego zjawiska od starożytności do czasów współczesnych. Przełomowe publikacje Ziolkę (1994, 1996) wyraźnie pokazują, że – podobnie jak to miało miejsce w przypadku ograniczania jedzenia – fenomen odczuwania nienasyconego głodu, spożywania dużych ilości jedzenia występował we wszystkich okresach historycznych, chociaż był w różnicowany sposób interpretowany. Z tego punktu widzenia istotne wydaje się opisanie zmian, jakie zaszły w znaczeniowym pojęciu bulimii, prześledzenie procesu przechodzenia od symptomu do syndromu bulimii oraz transformacji kryteriów diagnostycznych.

Wczesne ujęcie bulimii i pojęcie kynorexia

Bulimia pojawia się często w tekstach starożytnych, aby opisać objawy polegające na odczuwaniu nienasyconego, „żarłocznego” głodu (*revenus, unbridled hunger*). Pochodzi z greckiego *boulimia* lub *boulimos* oznaczającego wielki głód, etymologicznie wywodzi się od słów *limos* (głód) i *bou* (byk). Synonimami są *peina*, *bupeina* lub *bubroistis*.

Jak pisze Ziolkę (1996), pierwszy opis klinicznego zjawiska ekstremalnego i trudnego do zniesienia uczucia głodu zawdzięczamy Dioklesowi z Karystosu, greckiemu lekarzowi z IV wieku p.n.e. Później odnajdujemy je w pracach m.in. Arystofanesa, Hipokratesa, Arystotelesa oraz innych znakomitych lekarzy i filozofów. Pojawia się ono także w nowożytnych leksykonach.

Warto zwrócić uwagę na zmieniające się, wielowymiarowe opisy obrazu klinicznego bulimii. W tekstach starożytnych bulimia jest traktowana jako choroba żołądka, w której żarłoczny głód towarzyszy wyczerpaniu i słabości (Ziolkę, 1996). Wskazywano, że odczuwanie nienasyconego głodu może wystąpić szczególnie wtedy, gdy organizm jest wychłodzony i przeciążony, narażony na przebywanie w ekstremalnych warunkach. Takie rozumienie bulimii utrzymuje się długo, odnajdujemy je w praktykach medycyny bizantyjskiej w IV–VI wieku, a także w tekstach medycyny nowożytnej. Z poglądami tymi częściowo zgadzał się Galen (II wiek), który wielokrotnie przytaczał opisy zjawiska, w kolejnych pracach zwracając uwagę na różnicowanie objawowe i modyfikując zakresy znaczeniowe pojęcia. Pod pojęciem *boulimia* rozumiał on połączenie doświadczenia nienasyconego głodu z wycieńczeniem,

omdleniami, ogólnym osłabieniem. Podkreślał fizjologiczną etiologię głodu jako wynikającego ze „słabości” żołądka.

W X–XIII wieku powszechne było zawężenie pojęcia *boulimia* do odczuwania nienasyconego głodu. Podejście to było reprezentowane przez tzw. Szkołę Medyczną z Salerno, a także wielu lekarzy średniowiecznej Europy. Jednocześnie pojawiło się rozpatrywanie bulimii w kontekście radykalnego ograniczenia jedzenia. W pracach Leona, lekarza z IX wieku, odnajdujemy koncepcję zakładającą, że oba zaburzenia stanowią pewną całość (*bulimos is anorexia*). Z kolei w pracach Paulosa z Aeginy z VII wieku, a także Arnolda z Villanova z XIII wieku znajdujemy opisy przechodzenia od bulimii do anoreksji (Ziolko, 1996). Pojęcie *boulimia* jest więc stosowne w różnych znaczeniach: jako pojedynczy objaw doświadczania gwałtownego głodu, jako zespół objawów, w którym doświadczanie nienasyconego głodu współwystępuje z ogólnym wyczerpaniem organizmu oraz jako zjawisko występowania uczucia gwałtownego głodu naprzemiennie z okresami zupełnego braku apetytu.

W odróżnieniu od tak rozumianej bulimii w literaturze pojawia się inne pojęcie – *kynorexia*, które opisuje zachowania polegające na utracie kontroli i żarłocznym objadaniu się ogromną ilością jedzenia, po którym osoby wymiotowały, aby ponownie powtarzać cykl objadania się i wymiotowania. Nieustający nienasycony apetyt określany był często przez badaczy jako *appetitus caninus*, psi apetyt, podkreślający swą nazwą podobieństwo do zachowania psów (z gr. *kynos* – pies) (Ziolko, 1996). Stąd inne określenia zaburzenia to *faim canine*. Pierwsze opisy *kynoreksji* wprowadził Galen, który odróżnił ją od bulimii i anoreksji. Galen wszystkie te formy rozpatrywał w kategoriach zaburzeń apetytu. W jego ujęciu *kynoreksja* była przejawem ilościowych zaburzeń apetytu, podczas gdy *bulimia* (odczuwanie nienasyconego głodu) stanowiła objaw wyczerpania organizmu zapowiadającego jego załamanie. Jak wskazuje Ziolko (1996), tak zdefiniowane pojęcie *kynoreksja* odnajdujemy w pracach wielu autorów w ciągu stuleci. Różnicowanie pomiędzy *kynoreksją* a *boulimią* utrzymuje się aż do końca XVIII wieku. Stopniowo jednak opisy obu zjawisk upodobniają się do siebie, są stosowane przez różnych autorów na opisanie tej samej symptomatologii, by ostatecznie pojęcie bulimii wyparło w XX wieku pojęcie *kynoreksja*.

Nadmierne jedzenie w koncepcjach nowożytnych

Wiek XVIII wprowadzający naukowe klasyfikacje chorób przynosi dalsze uporządkowanie. W 1772 roku William Cullen (1772), określając

bulimię jako idiopatyczny syndrom, wyróżnia siedem jej form. Są to: *bulimia helluonum* (zwykła żarłoczność), *bulimia syncopalis* (objadanie się współwystępujące z osłabieniem), *bulimia emetica* (żarłoczność powiązana z wymiotowaniem), *bulimia verminisa* (spowodowana robaczącą), *bulimia adepagia* (występująca u dzieci w połączeniu z zaburzeniami rozwojowymi), *bulimia convulsorum* (występująca w przebiegu epilepsji) i *bulimia ab acidis* (niezaklasyfikowana) (Ziolko, 1996). W tym samym czasie Boissies de Sauvages de la Croix (1772) wyodrębnia także siedem rodzajów bulimii, którą definiuje jako zaburzenie polegające na jedzeniu większej ilości jedzenia, niż może być strawione przez organizm (Stein, Laakso, 1988).

W ciągu następnych 150 lat w ślad za klasyfikacjami obu autorów pojawia się coraz więcej opisów przypadków klinicznych, które poszerzają i dookreślają obraz kliniczny zaburzenia. Klinicyści, poza pragnieniem i przymusem jedzenia oraz wymiotowaniem, wymieniają inne objawy, takie jak: zaburzenia miesiączkowania, zaburzenia snu, wagi, zaabsorbowanie pożywieniem. Jak już wspomniano, bulimia stopniowo staje się pojęciem preferowanym, chociaż jednocześnie stosowane są też inne nazwy, jak *kynorexia*, *polyphagia*, *hyperorexia*, *dysorexia*, *voracious eating* (Stein, Laakso, 1988; Vandereycken, van Deth, 1994; Ziolko, 1996). Analizując transformacje zakresu znaczeniowego pojęcia bulimii, warto podkreślić, iż od klasyfikacji Cullena i Sauvagesa pojęcie bulimii i pojęcia stosowane równoważnie zostają powiązane z napadami jedzenia (*binge eating*) i w coraz większym stopniu z wymiotowaniem jako ważnym objawem współwystępującym. Jako kryterium diagnostyczne znikają objawy osłabienia i wyczerpania organizmu. Gull, podobnie jak inni późniejsi badacze, opisując objawy anoreksji, wskazywał na występowanie u niektórych pacjentów napadów nienasyconego głodu i objadania się, zwracając uwagę na niejasne relacje pomiędzy zaburzeniami, częściowo rozstrzygnięte w ujęciu współczesnych kryteriów diagnostycznych (Stein, Laakso, 1988).

Przemiany dotyczą także poglądów na temat etiologii zaburzenia. Stopniowo zanika wczesna koncepcja rozumienia bulimii jako konsekwencji wychłodzenia i wyniszczenia organizmu. Badacze jako przyczyny objawów wymieniają: ropne zapalenie śledziony, zaburzenia w funkcjonowaniu trzustki, powiększenie żołądka, powiększenie wątroby. W XIX wieku dominuje przekonanie, że wynika ona z zaburzeń gastrycznych i z ogólnej pobudliwości organizmu. Blachez (1869) wskazuje, iż w większości przypadków objawy nie mają somatycznej przyczyny, stanowią formę zaburzeń nerwowych, rodzaj „gastrycznej nerwicy”.

Odróżnia on bulimię jako syndrom od objawów bulimicznych, które jako dodatkowe mogą towarzyszyć innym chorobom (za: Stein, Laakso, 1988).

Początek XX wieku to wciąż znaczne nieuporządkowanie terminologiczne, które kończy się w momencie wprowadzania zaburzenia do współczesnej klasyfikacji chorób, co ma miejsce dopiero w 1980 roku. Jest to poprzedzone okresem dyskusji prowadzonych szczególnie w kontekście przypadków klinicznych niespełniających kryteriów anoreksji psychicznej. Pojawiają się prace, w których autorzy na opisanie syndromu nadmiernego jedzenia i wymiotowania, z towarzyszeniem nadmiernego skupienia na swoim wyglądzie, używają nazwy *hyperorexia* (Vandereycken, van Deth, 1994; Ziolk, 1994).

Istotny krok w kierunku wyodrębnienia bulimii jako jednostki klinicznej w ramach współczesnej klasyfikacji chorób jest związany z pracą Hildy Bruch z 1966 roku, która przedstawiła pierwszy systematyczny opis zaburzenia. W 1975 roku eksperci w zakresie zaburzeń odżywiania, tacy jak Gerald Russell, Arthur Crisp, Albert Stunkard, uznali odrębność jednostki, którą nazwali *overeating and vomiting* (Vandereycken, van Deth, 1994). Zwrócili oni uwagę na dodatkowe objawy zaburzenia, takie jak poczucie bezradności, skoncentrowanie na jedzeniu. W 1979 roku Russell wprowadził pojęcie *bulimia nervosa*, traktując ją jako „złowieszczą” formę anoreksji (*ominous variant*) (Russell, 1979). Wyodrębnił trzy zasadnicze objawy, takie jak nadmierne skupienie uwagi na jedzeniu, co prowadzi do występujących okresowo napadów żarłoczności, podejmowanie działań przeciw skutkom objadania się w postaci prowokowania wymiotów, stosowania środków przeczyszczających czy okresowego głodzenia się oraz utrzymywanie się intensywnego lęku przed nadwagą przy koncentracji na osiągnięciu „idealnej wagi”. Tekst Russella wywarł ogromny wpływ na myślenie o bulimii i autor jest uważany za „ojca” tej jednostki chorobowej. W podobnym czasie Stunkard wraz z zespołem zaproponowali pojęcie syndromu napadowego jedzenia (*binge eating syndrome*) (Stunkard, 1985). Ich praca, po wprowadzeniu nowej nazwy bulimia i nieznacznych zmian w zakresie kryteriów, stała się podstawą do wydzielenia w ramach klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-III w 1980 roku bulimii psychicznej jako odrębnej jednostki (APA, 1980). W kolejnej edycji DSM-III-R z 1987 roku zostały zaproponowane dalsze ważne zmiany, zaburzenie zostało określone jako *bulimia nervosa* i zaliczone do wyodrębnionej grupy zaburzeń odżywiania się. Ponadto jako istotne kryterium wprowadzono pojęcie zachowań kompensacyjnych, do których poza wymiotowaniem zaliczono

używanie środków przeczyszczających, diuretyków, a także stosowanie postu i uprawianie intensywnej gimnastyki (APA, 1987). Sformułowane kryteria mimo znacznego uporządkowania objawowego stwarzały trudność w postawieniu diagnozy w przypadku pacjentek chorujących na anoreksję, u których występowały objawy bulimiczne. Konstrukcja kryteriów wymagała, aby otrzymywały one dwie diagnozy: anoreksji i bulimii. Dodatkowe kontrowersje związane były z kryterium subiektywnego poczucia utraty kontroli. Te i inne kwestie były podstawą dalszej modyfikacji kryteriów, co zostało uwzględnione w klasyfikacji DSM-IV (APA, 1994). Istotną zaletą nowej klasyfikacji stała się możliwość zdiagnozowania dwóch typów anoreksji: restrykcyjnej i bulimicznej oraz odróżnienia anoreksji bulimicznej od bulimii. Ponadto wyodrębniono dwa podtypy bulimii w zależności od charakteru zachowań kompensacyjnych, a także poszerzono definicję gwałtownego objadania się.

4.5. Podsumowanie

Przedstawiona powyżej analiza ujawnia wielość interpretacji, wielość języków, w jakich zjawisko odmowy jedzenia jest opisywane, zależnie od historycznego i kulturowego kontekstu, a także dziedziny, w której opis jest dokonywany. Analizy tekstów historycznych potwierdzają występowanie zjawiska restrykcji jedzenia w różnych okresach historycznych, podważają tezę, iż jest to fenomen występujący jedynie współcześnie. Zarazem wskazują, że było to zjawisko bardzo rzadko spotykane, stąd budziło ogromne zainteresowanie i emocje. Uwidaczniają, że jakkolwiek w różnych okresach zdecydowanie dominowały kobiety głodzące się, problem ten występował także u mężczyzn. I wreszcie, co szczególnie ważne, wyraźnie pokazują, że to, jakie znaczenie zostanie nadane restrykcji jedzenia, zależy od kontekstu kulturowego. Dominujący w danym okresie dyskurs decyduje, czy będzie ono interpretowane jako wyraz świętości, opętania przez szatana, cud natury, niezwykle wyczyn, próba wywarcia nacisku, zaburzenie, walka o tożsamość czy choroba. Analiza zjawiska w europejskim kontekście kulturowym wskazuje ważność dyskursu religijnego, w który od okresu oświecenia w coraz bardziej znaczący sposób wkomponowany był dyskurs medyczny. Ten ostatni w obliczu odkryć naukowej medycyny wyparł w drugiej połowie XIX wieku religijne i quasi-religijne interpretacje. Radykalne ograniczenie jedzenia wraz z jego konsekwencjami stało się zaburzeniem, przedmiotem zainteresowania

psychiatrii jako dziedziny medycyny. W konsekwencji w kolejnych dekadach wyodrębniono kryteria diagnostyczne, sformułowano modele zaburzeń i procedur postępowania terapeutycznego.

Studia historyczne uwidaczniają różnicę w traktowaniu problematyki głodzenia się w porównaniu z zagadnieniem gwałtowanego objadania się. Ograniczanie jedzenia było od początku wpisane w konteksty kulturowe, które wyznaczały interpretację praktyk restrykcyjnych, podczas gdy nadmierne, napadowe jedzenie rozumiane było zgodnie z obowiązującym w danym okresie historycznym dyskursem medycznym. Nie oznacza to, iż zakres pojęciowy bulimii nie ulegał transformacji, czy też że nie zmieniały się kryteria diagnostyczne, a także rozumienie etiologii. Przeciwnie, szczegółowa analiza źródeł wskazuje na zróżnicowanie pojęciowe i definicyjne, mimo występowania wspólnych elementów. Należy zwrócić uwagę na stosunkowo późne wyłonienie wymiotowania jako znaczącego objawu zaburzenia. Pojawia się pytanie, czy związane to jest z rzadkim występowaniem tego objawu, czy też bardziej odnosi się do faktu, że wymiotowanie było zalecane przez medycynę jako działanie leczące. W tym miejscu należałoby też pamiętać o wymiotowaniu usankcjonowanym obyczajem, aby przypomnieć literackie opisy uczt w starożytnym Rzymie, podczas których uczestnicy po spożyciu nadmiernych ilości pokarmów wymiotowali, aby następnie móc dalej spożywać potrawy. Zachowania te opisywane w kontekście akceptowanych w tym czasie zwyczajów ilustrują ważność kulturowego wymiaru w definiowaniu i rozumieniu zjawisk związanych z jedzeniem. Warto też zaznaczyć, że w stosunku do nadmiernego gwałtownego jedzenia, powiązanego z odczuwaniem nienasyconego głodu, nie pojawiły się interpretacje mieszczące się w dyskursie religijnym. Chociaż objadanie się w ramach doktryny chrześcijańskiej od początku stanowiło jeden z przejawów grzechu, opisywane zachowania nie były traktowane jako wyraz grzechu obżarstwa i nieumiarkowania, mimo iż krytykę nadmiernego jedzenia, „folgowania sobie” odnajdujemy w pismach wielu moralistów, żeby wymienić św. Tomasza z Akwinu (Petry-Mroczkowska, 2004).

Analizy historyczne ograniczania jedzenia i nadmiernego jedzenia zwracają uwagę na definiowanie kobiecy jako Innego w odniesieniu do mężczyzny (Fallon i in., 1994; Hepworth, 1999; Malson, 1999). Jest to szczególnie obecne w pracach feministycznych i genderowych. Z tej perspektywy ekstremalnym przykładem spostrzegania kobiecy jako Innego był okres polowania na czarownice. Religijne interpretacje dotyczące istoty kobiecości, sytuujące ją niżej niż mężczyznę szczególnie w zakresie rozwoju moralnego, przyczyniły się do spostrzegania kobiet jako grzesz-

nych, podatnych na oddziaływania sił nieczystych. Dyskurs ten, dominujący od XIV wieku, legitymizował działania podejmowane przeciwko kobietom postępującym odmiennie, w tym – niejedzącym. Warto tutaj zaznaczyć, że był to wynik zarówno instytucjonalizacji chrześcijaństwa, jak i zmian w obrębie samego dyskursu religijnego.

Wyłanianie się nowego rozumienia odmienności, już nie jako nawiedzenia – świętości, grzechu, ale jako szaleństwa rozumianego w kategoriach choroby, znakomicie opisane przez Michela Foucaulta przyniosło nowe rozwiązania. W *Narodzinach kliniki* Foucault (1999) opisuje tworzenie nowoczesnych klasyfikacji chorób, nozologii, modeli leczenia, modeli prewencji, szczególnie wobec chorób zakaźnych, i rozwój nowoczesnego medycznego paradygmatu od czasów oświecenia. Rozwój ten powiązany jest z instytucjonalizacją medycyny, utrwalaniem medycznych autorytetów i medykacją zjawisk z pogranicza. Proces ten można wyraźnie prześledzić także w odniesieniu do wyłonienia się anoreksji psychicznej jako choroby.

Wycofywanie się dyskursu religijnego z dominującej pozycji w różnorodnych dziedzinach życia społecznego otworzyło przestrzeń na nowe interpretacje i znaczenia. Głodzenie się, powracające jako wyczyn, protest, środek wywierania nacisku stosowany w określonych celach, może być więc rozumiane także poprzez odwołanie się do medycyny, teorii psychologicznych czy socjologicznych.

5. Wybrane współczesne interpretacje ograniczania jedzenia i nadmiernego jedzenia

Teorie na temat anoreksji i terapii zmieniły się szczególnie ze względu na funkcje i konsekwencje języka, w jakim są opisywane. (...) Anoreksja może być rozumiana jako problem bardziej społeczny niż indywidualny.

Julie Hepworth, *The Social Construction of anorexia nervosa*. Sage Publication, London–Thousand Oaks–New Delhi 1999.

5.1. Anoreksja i bulimia psychiczna w aktualnej klasyfikacji psychiatrycznej

Współczesny dyskurs medyczny uznaje anoreksję i bulimię psychiczną za wieloczynnikowo uwarunkowane zaburzenia odżywiania, kategorię wyodrębnioną zarówno w międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10 (*Międzynarodowa klasyfikacja chorób, urazów i przyczyn zgonów*), jak i w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Aktualna klasyfikacja DSM-5™ (2013) umieszcza anoreksję i bulimię psychiczną w zaburzeniach karmienia i odżywiania (*Feeding and Eating Disorders*). Zawiera ona zaburzenia wyrażające nieprawidłowy, nietypowy stosunek do jedzenia, z towarzyszącymi temu zjawisku złożonymi objawami natury psychicznej i somatycznej. Obok anoreksji i bulimii psychicznej i ich form subklinicznych znajdujemy tu m.in. picę, zespół napadowego jedzenia oraz inne specyficzne i niespecyficzne zaburzenia karmienia i odżywiania.

Ponieważ medyczne aspekty anoreksji i bulimii psychicznej były w piśmiennictwie polskim wielokrotnie w sposób pogłębiony omawiane (Bomba i in., 1981; Józefik, 1999a, 2006; Rajewski, 2004; Rabe-Jabłońska, 2006), w tym miejscu zostaną jedynie poruszone niektóre z wybranych kwestii, istotne ze względu na cel publikacji.

Należy podkreślić, że podstawą obecnej klasyfikacji jest poziom kliniczno-opisowy, nieuwzględniający etiologii, patofizjologii i anatomo-patologii. Oznacza to, że anoreksja i bulimia są nie tyle jednostkami klinicznymi, ile zespołami klinicznymi spełniającymi kryteria diagnostyczne. Pokazuje to, że anoreksja i bulimia nie są jednorodnymi grupami zaburzeń, podobnie zresztą jak i inne zaburzenia, dla których podstawą klasyfikacji są symptomy. Warto także zauważyć, że chociaż w obowiązujących obecnie klasyfikacjach diagnostycznych anoreksja oraz bulimia psychiczna są wyszczególnione jako odrębne jednostki, zespoły kliniczne (zob. ramka), to doświadczenie kliniczne wskazuje, że anoreksja i bulimia psychiczna nie należą do zjawisk rozłącznych. Praktyka kliniczna oraz badania wskazują, iż niektóre pacjentki przechodzą drogę od anoreksji poprzez anoreksję bulimiczną do bulimii, podczas gdy inne pozostają w kręgu objawów jednego z zaburzeń (Józefik, Pilecki, 1999).

Anoreksja psychiczna według DSM-5

Kryteria diagnostyczne

A. Ograniczenie dziennego spożycia kalorii w stosunku do potrzeb, prowadzące do znacząco niskiej wagi ciała przy uwzględnieniu wieku, płci, trajektorii rozwojowej oraz zdrowia fizycznego. Znacząco niska waga ciała jest definiowana jako waga ciała niższa niż minimalna norma rozwojowa lub u dzieci i młodzieży niższa niż minimalna oczekiwana waga.

B. Intensywny strach przed przytyciem lub staniem się osobą otyłą lub uporczywe zachowanie, które zakłóca przybieranie na wadze, chociaż ciężar ciała jest znacząco niski.

C. Zaburzenia w sposobie, jaki osoba odbiera swoją wagę i kształt ciała, lub niesłuszny wpływ wagi i kształtu ciała na samoocenę, lub uporczywy brak świadomości powagi aktualnie niskiej wagi ciała.

Nota dotycząca klasyfikacji:

W wersji ICD-9-CM kod dla anoreksji to 307.1, przypisywany bez względu na podtypy. W wersji ICD-10-CM kod zależy od podtypów (poniżej).

Należy sprecyzować, czy:

(F50.01) Typ restrykcyjny (*restricting type*): w ostatnich 3 miesiącach u osoby nie występowały powracające epizody obżarstwa napaadowego lub zachowań wydalających (np. prowokowanie wymiotów,

nadużywanie środków przeczyszczających, odwadniających, lewatyw). Podtyp ten opisuje przypadki, w których utrata wagi jest osiągnięta głównie poprzez stosowanie diety, poszczenie i/lub intensywne ćwiczenia fizyczne.

(F50.02) Typ żarłoczno-wydalający (*binge-eating/purging type*): w ostatnich trzech miesiącach u osoby występowały powtarzające się epizody objadania się oraz zachowań wydalających (np. prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, odwadniających, lewatyw).

Należy sprecyzować, czy:

W częściowej remisji: po wcześniejszej pełnoobjawowej anoreksji przez dłuższy czas nie występuje Kryterium A (niska waga ciała), natomiast występuje wciąż Kryterium B (intensywny strach przed przytyciem lub staniem się osobą otyłą albo zachowania, które zakłócają przybieranie na wadze), lub Kryterium C (zaburzenia w percepcji własnej wagi i kształtu swojego ciała).

W pełnej remisji: po wcześniejszej pełnoobjawowej anoreksji przez dłuższy czas nie występują żadne z kryteriów diagnostycznych.

Należy określić aktualną intensywność objawów:

Minimalny poziom intensywności objawów u dorosłych jest oceniany na podstawie BMI (zob. poniżej), u dzieci i osób w okresie dojrzewania na podstawie siatki percentylowej BMI. Znajdujące się poniżej wskaźniki pochodzą z ustalonych przez WHO kategorii dotyczących szczupłości u osób dorosłych; dla dzieci i osób w okresie dojrzewania należy zastosować odpowiednie siatki percentylowe BMI. Stopień intensywności może zostać zwiększony, aby uwzględnić objawy kliniczne, stopień funkcjonalnej niesprawności oraz konieczność nadzoru.

Łagodny: BMI ≥ 17 kg/m²

Umiarkowany: BMI 16–16,99 kg/m²

Ciężki: BMI 15–15,99 kg/m²

Ekstremalny: BMI < 15 kg/m²

Bulimia psychiczna według DSM-5

Kryteria diagnostyczne

A. Powtarzające się epizody kompulsywnego objadania się, charakteryzujące się obydwoma z poniższych objawów:

1) jedzeniem w określonym czasie (np. w ciągu dwóch godzin) większej ilości jedzenia, niż znaczna część osób byłaby w stanie spożyć w podobnej jednostce czasu oraz w podobnych okolicznościach;

2) poczuciem braku kontroli nad jedzeniem w trakcie epizodu objadania się (np. poczuciem, że nie można powstrzymać się od jedzenia czy kontrolować, co i w jaki sposób jest spożywane).

B. Powtarzające się niewłaściwe zachowania kompensacyjne, mające na celu zapobieganie przyrostowi wagi ciała, np. prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających i/lub odwadniających, lewatyw lub innych środków medycznych, a także stosowanie głodówek, uprawianie intensywnych ćwiczeń fizycznych.

C. Epizody objadania się oraz zachowania kompensacyjne powinny występować średnio co najmniej raz w tygodniu przez okres trzech miesięcy.

D. Samoocena osoby jest przesadnie uzależniona od kształtu i wagi ciała.

E. Zaburzenie to nie występuje w przebiegu *anorexia nervosa*.

Należy sprecyzować, czy:

W częściowej remisji: po wcześniejszej pełnoobjawowej bulimii przez dłuższy czas występują niektóre, lecz nie wszystkie kryteria diagnostyczne.

W pełnej remisji: po wcześniejszej pełnoobjawowej bulimii przez dłuższy czas nie występują żadne z kryteriów diagnostycznych.

Należy określić aktualną intensywność objawów:

Minimalny poziom intensywności objawów jest oceniany na podstawie częstotliwości występowania niewłaściwych zachowań kompensacyjnych (zob. poniżej). Stopień intensywności może zostać zwiększony, aby uwzględnić inne objawy oraz stopień funkcjonalnej niesprawności.

Łagodny: przeciętnie 1–3 epizody niewłaściwych zachowań kompensacyjnych na tydzień

Umiarkowany: przeciętnie 4–7 epizodów niewłaściwych zachowań kompensacyjnych na tydzień

Ciężki: przeciętnie 8–13 epizodów niewłaściwych zachowań kompensacyjnych na tydzień

Ekstremalny: przeciętnie więcej niż 14 epizodów niewłaściwych zachowań kompensacyjnych na tydzień

Istotnym elementem obrazu klinicznego obu zespołów są zaburzenia kontroli oraz obrazu ciała. W anoreksji psychicznej zaburzenia kontroli ilustruje niemożność utrzymania właściwego dla wieku i wzrostu ciężaru ciała, w bulimii spożywanie nadmiernej ilości pokarmu. Zaburzenia obrazu ciała są szczególnie nasilone w anoreksji i polegają na przeżywaniu ciała jako nieatrakcyjnego, grubszego niż w rzeczywistości, w sytuacji utraty wagi niedostrzeganie stopnia wyniszczenia i niemodyfikowanie obrazu ciała i zachowań związanych z odżywianiem. W bulimii występuje nadmiernie krytyczna ocena ciała, dążenie do obniżenia jego ciężaru. W przebiegu obu zaburzeń mogą współwystępować inne objawy psychopatologiczne: najczęściej jest to lęk, poczucie winy, objawy depresyjne, objawy obsesyjno-kompulsyjne, myśli i zamiary samobójcze. Badania wskazują na większe nasilenie objawów depresyjnych w bulimii, a lękowych i obsesyjno-kompulsyjnych w anoreksji (Rajewski, 2004).

Dla medycznego ujęcia anoreksji i bulimii istotne jest określenie etiologii, czynników ryzyka, rozpowszechnienia, rokowania oraz metod postępowania terapeutycznego. Warto podkreślić, iż w przypadku zaburzeń odżywiania dyskurs medyczny może być w praktyce poszerzany o wiedzę wnoszoną przez perspektywę psychologiczno-psychoterapeutyczną: modele psychoanalityczne, systemowe, koncepcje poznawczo-behawioralne.

5.1.1. Czynniki ryzyka

Etiologia zaburzeń odżywiania jest jednym z istotnych zakresów badań, zarówno dla klinicystów, jak i teoretyków. Poszukiwania i analizy obejmują czynniki biologiczne, zmienne osobowościowe, rodzinne, uwarunkowania społeczno-kulturowe. Większość modeli zakłada wieloczynnikową etiologię zaburzeń, a tocząca się dyskusja dotyczy miejsca, jakie określone grupy czynników zajmują w dynamicznym procesie rozwoju symptomów (Garner, Garfinkel, 1985; Slade, 1982; Lacey i in., 1986; Lask, 2000; Ogedon, 2010). Modele podkreślają powiązania pomiędzy czynnikami predysponującymi, zwanymi często czynnikami ryzyka, spustowymi i podtrzymującymi.

W ostatnich latach wiele miejsca poświęca się doprecyzowaniu roli czynników biologicznych zarówno w etiologii, jak i w procesie chorowania. Poszukiwanie czynników biologicznych koncentruje się na trzech zasadniczych kwestiach. Pierwsza to określenie predyspozycji genetycznych, druga wiąże się z opisaniem mechanizmów neurohormonalnych towarzyszących chorobie i wreszcie ostatnia dotyczy powiązań pomiędzy

zaburzeniami odżywiania a innymi zaburzeniami psychicznymi, w tym chorobą afektywną i zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi (Pilecki, 2000). Badacze skłonni przypisywać znaczenie czynnikom genetycznym uważają, że etiologia jadłowstrętu psychicznego może być tłumaczona poprzez genetyczną słabość mechanizmu homeostazy kontroli wagi, jak i wrodzoną predyspozycję do jej nadmiernej kontroli. Wskazują, że chorobę mogą wyzwalać psychospołeczne czynniki spustowe (Holland i in., 1988). Bulik i in. (2003) podkreślają znaczenie interakcji genów i czynników środowiskowych jako mechanizmu powstawiania zaburzeń. Mechanizm, który na drodze wrodzonej predyspozycji miałby wpływać na pojawienie się objawów zaburzeń odżywiania się, jest związany z prawdopodobnym uszkodzeniem ośrodków regulujących poczucie głodu oraz funkcje reprodukcyjne bezpośrednio w podwzgórzu, wpływając na nieprawidłową produkcję wielu zróżnicowanych biochemicznie substancji zarówno na poziomie centralnym, jak i obwodowym, takich jak: cholecystokinina, VIPS, serotonina, noradrenalina, dopamina, opioidy, leptyny oraz neuropeptyd Y. Substancje te mogą być powiązane również z etiologią innych niż anoreksja i bulimia psychiczna trudności emocjonalnych i chorób psychicznych (Goldbloom, Garfinkel, 1993). Rozpatrując znaczenie czynników biologicznych, wskazuje się, że zaburzenia odżywiania mogą mieć charakter nie tylko genetyczny. Badania osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się, które doświadczyły nadużycia seksualnego w dzieciństwie, wskazują na obniżony poziom serotoniny w porównaniu z osobami chorującymi na anoreksję lub bulimie, które nie były molestowane seksualnie, co wskazuje na wagę traumatycznego doświadczenia (Korn, 2000; Weller, Weller, 2000). Bulik i in. (2003) sugerują, m.in. na podstawie badań bliźniąt, że w przypadku anoreksji znaczenie czynników biologicznych możemy ocenić na 59–83%, a czynników środowiskowych na 17–41%. W bulimii wartości te wynosiłyby odpowiednio 58–76% i 24–42%. Zakłada się, że takie charakterystyki zachowań, jak tendencja do perfekcjonizmu, impulsywność, poziom aktywności, ryzyko otyłości, są uwarunkowane biologiczne.

Czynniki kulturowe także stanowią przedmiot zainteresowania badaczy. Fakt, iż na anoreksję i bulimie cierpią głównie dziewczęta i młode kobiety w określonej kulturze, skłania do poszukiwania kulturowych czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania. Badacze są zgodni, że wzorce kulturowe promujące ideał szczupłej sylwetki obniżają poczucie wartości kobiet, samoocenę i przyczyniają się do podejmowania diet odchudzających. Z badań wynika, że grupą o zwiększonym ryzyku zachorowania na anoreksję są dziewczęta i młode kobiety, których kariera

zawodowa jest związana z koniecznością utrzymywania szczupłej sylwetki i kontrolą swojego ciała. Dotyczy to szczególnie modelek, tancerek, uczennic szkół baletowych, niekiedy osób uprawiających takie dyscypliny sportu, jak gimnastyka czy pływanie (Lask, 2000). Z tej perspektywy zwraca się uwagę, iż okres dojrzewania jest szczególnym wyzwaniem dla dziewcząt konfrontujących własne dojrzewające i zmieniające się ciało z ciałem ikon kulturowych.

Wiele miejsca poświęca się także analizie czynników związanych z indywidualnym rozwojem. Badania potwierdzają występowanie u pacjentek z zaburzeniami odżywiania silnej potrzeby osiągnięć, perfekcjonizmu. Roz Shafran i in. (2002) wskazują, iż perfekcjonizm kliniczny stanowi istotny czynnik ryzyka dla zaburzeń odżywiania się. U jego podstaw leży dysfunkcyjny model samooceny oparty na wysokich wymaganiach i osiągnięciach. Cechuje go powiązanie samooceny z dążeniem do odniesienia sukcesu, głęboki strach przed porażką, samokrytycyzm i negatywna samoocena oraz zaburzenia poznawcze. Wiele badań koncentruje się na problematyce obrazu Ja, obrazu ciała, samooceny, wskazując na ich zaburzenia u pacjentów z anoreksją i bulimią psychiczną (Button i in., 1996). Niezadowolenie z ciała, obok otyłości występującej w okresie przedchorobowym u dziewcząt lub u członków ich rodziny, stanowi także istotny czynnik ryzyka.

Poszukuje się także odpowiedzi na pytanie o znaczenie molestowania seksualnego w etiologii zaburzeń odżywiania. Zwraca się uwagę, że doświadczenie to ma znaczenia dla kształtowania się poczucia własnej wartości, identyfikacji z rolą społeczną kobiety, akceptacji własnego ciała i seksualności kobiety (Weller, Weller, 2000). Wyniki badań nie dostarczają jednoznacznych wniosków. Wskaźniki seksualnych doświadczeń traumatycznych u pacjentek z zaburzeniami odżywiania przytaczane przez badaczy znacznie się różnią i wynoszą od 34 do 83% (Lask, 2000). Przyjmuje się, że seksualne nadużycie jest czynnikiem ryzyka dla zaburzeń psychicznych w ogóle, a nie tylko dla zaburzeń odżywiania (Welch, Fairburn, 1996).

Badania obejmują także czynniki rodzinne. Mimo licznych badań nie ma jednoznaczności, które aspekty rodzinnych relacji stanowią czynniki ryzyka, które są czynnikami spustowymi i podtrzymującymi. David Goldbloom i Paul Garfinkel (1993), zestawiając najczęściej występujące w literaturze czynniki ryzyka wystąpienia zaburzeń jedzenia, wśród czynników rodzinnych wymieniają: przecenianie społecznych oczekiwań, występowanie w rodzinie zaburzeń jedzenia, występowanie chorób afektywnych lub alkoholizmu, zaburzenia w komunikacji oraz takie

relacje rodzinne, które utrudniają osiągnięcie przez dziecko autonomii. Humphrey (1994) na podstawie przeglądu literatury wskazuje, iż relacje rodzinne pacjentek z bulimią charakteryzują się większym chaosem i wrogością, podczas gdy w relacjach rodzinnych pacjentek z anoreksją przeważa sztywność i zależność. Podobnie rodziny anorektyczne opisuje Vandereycken (2002b), zwracając uwagę na sztywną organizację rodziny, tendencję do unikania otwartej dyskusji i wyrażania niezgody, mało czytelne interpersonalne granice, w odróżnieniu od rodzin pacjentek z bulimią, które są charakteryzowane jako niestabilne, z dużą liczbą konfliktów. Bryan Lask (2000) na podstawie przeglądu badań wskazuje na zaburzenia komunikacji, relacje konfliktowe oraz niespójność w relacjach małżeńskich rodziców pacjentek anorektycznych, a także na zaburzenia w wypełnianiu zadań w rodzinie. Z kolei Christofer Fairburn i in. (1997) na podstawie badań retrospektywnych porównujących czynniki rodzinne w bulimii i w innych zaburzeniach psychicznych oraz w grupie zdrowej stwierdzili, iż przyszłe pacjentki bulimiczne podobnie jak pacjentki z innymi zaburzeniami psychicznymi były narażone na ogólnie większą liczbę czynników ryzyka związanych z funkcjonowaniem rodziny. W odróżnieniu od innych pacjentek z zaburzeniami psychicznymi w ich rodzinach zidentyfikowano wysokie oczekiwania wobec dzieci, wysoki wskaźnik krytycznych uwag dotyczących wagi i kształtu ciała oraz sposobu jedzenia. Dodatkowo pacjentki z bulimią różniły się niską samooceną oraz występowaniem otyłości w dzieciństwie.

5.1.2. Czynniki spustowe

Poprzez czynniki spustowe rozumie się te sytuacje, które są związane z doświadczeniem szczególnego stresu i które zapoczątkowują proces ograniczania jedzenia jako rozwiązanie przeżywanego dylematu. Mogą one mieć bardzo zróżnicowany charakter. Może to być krytyczna uwaga kogoś z otoczenia dotycząca rzeczywistej nadwagi. Ale też pozytywny komentarz odnoszący się do wyglądu dojrzewającej osoby może być odebrany przez nią jako zagrażający dotychczasowemu obrazowi siebie. Może to być np. uwaga akcentująca kobiecego wygląd dziewczynki. Często urazowe staje się wzajemne porównywanie się dorastających dziewcząt, np. podczas przymierzania, wymieniania się ubraniami. Inny motyw to chęć naśladowania koleżanki albo identyfikacja ze sławną modelką czy aktorką stosującą dietę. Czasami moment rozpoczęcia ograniczania jedzenia wiąże się z decyzją innych osób w rodzinie, które także stosują dietę ze względów zdrowotnych lub estetycznych. Niekiedy początek

odchudzania ma źródła zewnętrzne i wiąże się z presją wywieraną na osobę, aby ze względów zdrowotnych (nadwaga) albo z uwagi na rodzaj uprawianej aktywności (balet, gimnastyka artystyczna) zredukowała masę ciała. Jeszcze inny aspekt to rozpoczęcie ograniczania jedzenia na skutek przekonania o zbawiennym wpływie na zdrowie specjalnych diet eliminacyjnych. Bywa też tak, chociaż stosunkowo rzadko, że praktyki restrykcyjne są powiązane z przekonaniami religijnymi, stanowiąc wyraz postawy ascetycznej wyrzekającej się przyjemności, jaką stanowi jedzenie. Inne sytuacje spustowe dotyczą zmian, jakie zachodzą lub mają zajść w życiu przyszłej pacjentki lub jej rodziny typu: zmiana szkoły, wyjazd któregoś z członków rodziny, choroba lub śmierć bliskiej osoby. Ograniczanie jedzenia może być także zapoczątkowane doświadczeniem ośmieszenia, odrzucenia w sytuacji społecznej lub relacji osobistej. Decyzja o ograniczaniu jedzenia sprawia, że stopniowo całe postępowanie pacjentki i jej świadoma aktywność zaczyna się koncentrować na jedzeniu, czemu towarzyszy narastający lęk przed przybraniem na wadze. W zachowaniu pacjentki pojawiają się specyficzne rytuały służące ograniczeniu jedzenia i przezwycięzeniu uczucia głodu. Opisane czynniki spustowe są zasadniczo wspólne dla pacjentek z rozpoznaniem anoreksji i bulimii, szczególnie gdy objawy bulimii poprzedzone były anoreksją lub jej subkliniczną formą.

5.1.3. Czynniki podtrzymujące

Ostatnia grupa to czynniki podtrzymujące powiązane z procesem narastania i utrzymywania się objawów. Współcześnie przyjmuje się, że są one kluczowe z punktu widzenia rozwoju choroby i leczenia. Zwraca się uwagę, iż anoreksja i bulimia psychiczna w przeżyciu pacjentek wiążą się z istotnymi pozytywnymi aspektami, które tym samym stają się mechanizmami podtrzymującymi. Mechanizmy te mogą zachodzić na kilku poziomach: objawowym, intrapsychnym, interpersonalnym, rodzinnym, kulturowym (Józefik, Iniewicz, 2004; Ogedon, 2010). W początkowej fazie ograniczania jedzenia główne czynniki podtrzymujące i wzmacniające zachowanie pacjentki odnoszą się do poziomu intrapsychnego. Wśród nich należy wymienić poczucie satysfakcji, kontroli, sukcesu, często korespondujące z pozytywnymi uwagami otoczenia, szczególnie gdy odchudzanie zapoczątkowane było nadwagą. Choroba może też poprawić samoocenę pacjentki poprzez zwiększenie poczucia wpływu. Dotyczy ono zarówno kontrolowania siebie samej, np. przez ograniczenie jedzenia i szybkie rezultaty swoich działań, jak i możliwo-

ści wpływania na innych. Podwyższać to może poczucie własnej wartości czy kompetencji. Fakt jedzenia małych ilości jedzenia, diagnoza anoreksji może także dawać poczucie wyjątkowości, oryginalności i tym samym poza satysfakcją wzmacniać poczucie tożsamości.

Jednocześnie, mimo obniżania się ciężaru ciała, narasta lęk przed możliwym przytyciem, co prowadzi do zaostrzenia diety, nasilają się myśli o jedzeniu, mające często charakter obsesyjny, zwyczajnie jedzeniowe nabierają usztywnienia i zrytualizowania. W dalszych fazach choroby postępujący spadek wagi nie modyfikuje obrazu i poczucia ciała, co na poziomie objawowym jest istotnym czynnikiem podtrzymującym chorowanie. Inne ważne mechanizmy podtrzymujące wiążą się ze spowolnieniem procesów przemiany materii, a zarazem z podwyższeniem aktywności fizycznej. Dla wielu pacjentek jest to dowód, że pozostają w dobrej formie³³.

Na dalszych etapach chorowania większego znaczenia nabierają czynniki rodzinne, interpersonalne. Poprzez symptomy choroby pacjentka zaczyna doświadczać możliwości wpływu na członków rodziny i ich wzajemne relacje. Sytuacja chorowania stawia zazwyczaj w centrum sprawy pacjentki, która doświadcza troski, zainteresowania, ważności. Może również doświadczać podziwu bądź też zazdrości, związanej np. z rywalizacją z rodzeństwem o uwagę rodziców. Pozytywnym wzmocnieniem może być również zmiana pozostałych relacji w rodzinie, polegająca na zawieszeniu konfliktów, zbliżeniu czy pojednaniu skłóconych członków rodziny. Choroba daje także możliwość wyrażania własnych, często silnie tłumionych emocji, np. złości. Mechanizmem podtrzymującym może być również wzajemne obwinianie się rodziców i podważanie swoich kompetencji rodzicielskich, co na ogół przekłada się na trudności z ustaleniem wspólnej linii postępowania wobec zachowań chorobowych.

Czynniki podtrzymujące na poziomie społecznym mogą dotyczyć zmiany pozycji w szkole, zmniejszenia oczekiwań co do wyników w nauce, uzyskania specjalnych przywilejów, bycia w centrum uwagi rówieś-

³³ Pawłowski (2011), opierając się na badaniach nad zwierzętami, wskazuje, że ograniczanie jedzenia indukuje mechanizmy neurobiologiczne, które stymulują organizm do aktywności. Można sądzić, że są to mechanizmy, których celem jest motywowanie do poszukiwania pożywienia, L. Pawłowski, *Zaburzenia hormonalne u kobiet w anoreksji*. W: M. Kapiszewska (red.), *Środowisko a gospodarka hormonalna u kobiet*. Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków, 2011, s. 79–92.

ników, wygrania rywalizacji z rówieśnikami w zakresie szczupłego wyglądu.

5.1.4. Rozpowszechnienie i rokowanie

Przyjmuje się, że anoreksja psychiczna występuje u mniej niż 1% populacji adolescentów, ze znaczną przewagą zachorowań u dziewcząt (około 10–20 razy częściej niż u chłopców) (Józefik, 1999b; Hoek, 2002; Rajewski, 2004). Rozpowszechnienie bulimii jest większe niż anoreksji i wynosi około 2% (Józefik, 1999b; Hoek, 2002; Rajewski, 2004). Są to dane przybliżone, gdyż trudno jest określić rzeczywiste rozpowszechnienie zjawiska.

Przyjmuje się, że anoreksja i bulimia powiązane są z zachodnioeuropejskim kręgiem kulturowym, promującym określony model kobiecości. Dane empiryczne wskazują, że anoreksja psychiczna występuje głównie u białych dziewcząt pochodzących z warstw średnich i wyższych. Obserwacje czynione w ostatnich latach każą rewidować te poglądy. Jakkolwiek nadal największa zapadalność dotyczy klas średnich i wyższych, to zawężanie zagadnienia do populacji białych dziewcząt pochodzących z klasy średniej jest nieuprawnionym uproszczeniem, gdyż wyraźna jest tendencja do rozszerzania się choroby na inne kręgi kulturowe oraz pozostałe warstwy społeczne (Felker, Stivers, 1994; Doyle, Bryant-Waugh, 2000). Mervat Nasser (1988, 2003), pokazując, iż zaburzenia odżywiania pojawiały się jako problem kliniczny i społeczny w tych kulturach, społecznościach, grupach etnicznych, które dotąd były spostrzegane jako odporne na ten rodzaj psychopatologii, uważa, że ma to związek z unifikacyjnymi tendencjami kultury masowej. Rozwój współczesnych technologii informacyjnych, takich jak telewizja satelitarna czy internet, sprzyja globalizacji kultury i przenoszeniu wzorców promujących model kobiecości i styl życia właściwy dla wysoko uprzemysłowionych, post-industrialnych krajów Europy Zachodniej i Ameryki Północnej na inne rejony świata.

Na pytanie o rokowanie w zaburzeniach odżywiania się nie jest łatwo udzielić precyzyjnej odpowiedzi, m.in. ze względu na zróżnicowane metody leczenia. Rezultaty badań katamnesticznych pokazują niejednoznaczne wyniki. I tak, w przypadku anoreksji wyzdrowienie obserwuje się u 40–77% pacjentek, częściowa poprawa występuje w granicach od kilku procent do 40%, a chroniczny przebieg choroby stwierdza się u około 20% pacjentek (Herzog i in., 1992). Wieloletnie badania katamnesticzne

ujawniają ponadto dwie istotne tendencje: wzrost wskaźnika umieralności w miarę trwania choroby, a także możliwość wyzdrowienia nawet po wielu latach chorowania, co kwestionuje przydatność terminu „anoreksja chroniczna” (Engel i in., 1992; Theander, 1992; Russell, 1992)³⁴.

Badania wskazują, że predyktorami korzystnego rokowania jest zachorowanie przypadające na okres adolescencji, szybkie rozpoczęcie właściwego leczenia – do półtora roku od wystąpienia objawów, korzystna sytuacja rodzinna, dobre relacje rówieśnicze i powrodozenie w szkole w okresie poprzedzającym zachorowanie, brak współwystępujących objawów bulimicznych, brak konieczności hospitalizacji (niezbędna przy wysokich wskaźnikach utraty wagi) (Dare i in., 1990, 1991; Le Grange i in., 1992). Warto zauważyć, że mimo wyodrębnienia predyktorów korzystnego rokowania przebieg choroby u pojedynczej pacjentki jest zindywidualizowany i w zasadzie nieprzewidywalny.

W przypadku bulimii wskaźniki wyleczenia wahają się od 30 do 60%, poprawy częściowej mieszczą się w przedziale od 9 do 32%, a brak poprawy występuje u 5–25% pacjentek (Mitchell i in., 1992; Lacey, 1992). Do niekorzystnych czynników prognostycznych w bulimii należy zaliczyć utrzymywanie się niskiej wagi, współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, w tym szczególnie zaburzeń afektywnych, lękowych, zaburzeń osobowości, nadużywanie alkoholu i leków, historia psychiatrycznych zaburzeń w rodzinie, poprzednie hospitalizacje z powodu anoreksji psychicznej, otyłość występująca przed zachorowaniem oraz utrzymujące się zaburzenia miesiączkowania (Fichter i in., 1992; Russell, 1992).

Rokowanie w anoreksji i bulimii zależy od nasilenia obrazu klinicznego, na który składają się objawy zaburzeń odżywiania, inne współwystępujące objawy psychiatryczne, a także stan somatyczny. Obraz kliniczny zaburzeń decyduje w podstawowym stopniu o trybie i metodach leczenia. Mimo pewnych algorytmów postępowania warto pamiętać, że każdy pacjent wymaga indywidualnego podejścia uwzględniającego obraz kliniczny, przebieg i czas trwania choroby, problematykę indywidualną

³⁴ Krótkie katamnezy podają stosunkowo niskie wskaźniki śmiertelności (od zera do kilku procent), badania przeprowadzone po wielu latach od momentu zachorowania wskazują na wysokie (około 25%) wskaźniki śmiertelności wśród pacjentów chorujących na *anorexia nervosa*. W przypadku około połowy zgonów przyczyną jest niedożywienie i powikłania z tym związane, drugą przyczynę stanowi samobójstwo. Zagadnienie narastającej w miarę upływu lat śmiertelności dobrze ilustrują badania przeprowadzone przez Morgana i in. oraz Engela i in. porównujące tę samą grupę pacjentów po 5, 17 i 20 latach od zachorowania (Morgan i in., 2011; Engel i in., 1992).

i rodzinną, motywację do leczenia i zakres współpracy. Leczenie powinno być rozpoczynane jak najwcześniej, a terapia powinna obejmować różnorodne sfery funkcjonowania chorego. Kwestią zasadniczą jest nawiązanie więzi terapeutycznej i ustalenie właściwych zasad kontraktu terapeutycznego. W procesie leczenia wskazane może być korzystanie z różnorodnych metod terapeutycznych, a w przypadku nieskuteczności danego podejścia dokonanie zmiany trybu i formy terapii. Ze względu na złożoność problematyki korzystne jest, aby w leczeniu, szczególnie stacjonarnym, brał udział zespół interdyscyplinarny.

Współczesne medyczne rozumienie anoreksji i bulimii jest w praktyce klinicznej poszerzane o koncepcje poznawcze, systemowe oraz psychoanalityczne. Ponieważ w piśmiennictwie polskim były one przedmiotem szczegółowych omówień, poniżej zostaną zarysowane jedynie podstawowe kategorie rozumienia obu zjawisk w wymienionych ujęciach.

5.2. Anoreksja i bulimia w dyskursie psychoanalitycznym

Pierwsze psychoanalityczne koncepcje dotyczące anoreksji psychicznej są związane z pracami Freuda³⁵. Jak wskazuje Hepworth (1999), wczesne prace Freuda dotyczące anoreksji koncentrowały się na dwóch sferach: popędzie głodu i hysterii. Freud zakładał, iż zaburzenia w zaspokajaniu popędu głodu u pacjentek z anoreksją są powiązane z ich trudnościami radzenia sobie z napięciem seksualnym. Zdaniem Hepworth idee te znajdujemy w wielu pracach psychoanalitycznych. Na przykład Peter Dally i Joan Gomez (1979) wskazywali, że anoreksja reprezentuje opóźnianie i zaprzeczenie kobiecości, a brak miesiączkowania interpretowały jako przedłużanie dzieciństwa (za: Hepworth, 1999). Druga interpretacja Freuda dotycząca odmowy jedzenia traktowała anoreksję jako objaw hysterii. Początkowo Freud uważał, iż pojawienie się objawów historycznych wynika z doświadczeń molestowania seksualnego w dzieciństwie. W okresie późniejszym wycofał się z tych twierdzeń

³⁵ Podejście psychoanalityczne w zaburzeniach odżywiania było omawiane m.in. w: A. Jakubczyk, C. Żechowski, *Psychoanalityczne poglądy na zaburzenia odżywiania się*. W: I. Namysłowska (red.), *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000, s. 95–106; A. Jakubczyk, C. Żechowski, I. Namysłowska, *Anoreksja psychiczna w perspektywie psychoanalitycznej*. W: J. Bomba, B. Józefik (red.), *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej. Co, kiedy, komu?* Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2003, s. 47–53.

i uznał, że są one fantazjami na temat takiego doświadczenia (Freud, 1973 za: Hepworth, 1999). Wskazuje to nie tylko na istnienie tabu kulturowego, jakim było molestowanie seksualne, ale także trudność badania rzeczywistych doświadczeń pacjentek, co pozostaje aktualne także obecnie w odniesieniu do zaburzeń odżywiania. Jak wskazuje Drozdowski, „rozumienie anoreksji jako swoistej nerwicy konwersyjnej w warstwie funkcjonalnej miało być somatycznymi reprezentacjami fantazji pragnienia ciąży lub zaprzeczeniami tych fantazji. W tym ujęciu poprzez głód pacjentka odrzucała przedświadome pragnienie ciąży i kontrolowała fantazje o oralnym zapłodnieniu” (Drozdowski, 2003, s. 56). Tak rozumiana symptomatologia była zakorzeniona w oralnej fazie rozwoju. Drozdowski wskazuje, iż model freudowski pozwalał także na rozumienie anoreksji jako „ascetycznej formacji reaktywnej w nerwicy kompulsywnej kontrolującej analny sadyzm poprzez masochistyczną udrękę” lub na „postrzeganie odmowy jedzenia jako części całościowego wycofania się z relacji ze światem społecznym we wstępnej fazie patologii rozszczepiennej” (s. 56).

Przekroczenie freudowskiego popędowego rozumienia zaburzeń odżywiania odnajdujemy w pracach Hildy Bruch, jednej z najbardziej znaczących autorek prac psychoanalitycznych dotyczących anoreksji i bulimii psychicznej (1973, 1978, 1987). Jej teksty i praktyka kliniczna stanowiły niezwykłą inspirację dla całego pokolenia badaczy i klinicystów. Bruch była profesorką psychiatrii, pediatrką, psychoanalityczką, autorką takich prac, jak: *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within* (1973) czy *The Golden Cage: the Enigma of Anorexia Nervosa* (1978). Mimo że pozostawała na gruncie psychoanalizy, wskazywała na wieloczynnikowe uwarunkowania anoreksji, a także dostrzegła destrukcyjny wpływ, jaki choroba wywierała na funkcjonowanie rodziny. Przyjmowała, że zaburzenia odżywiania są powiązane z zaburzeniami pojęcia i obrazu Ja, mającymi swoje korzenie w trudnościach procesu separacji-indywiduacji w okresie pierwszych trzech lat życia. Najważniejsza w tym procesie jest relacja matka-córka. Zdaniem Bruch niewystarczające dostrzeżenie przez matkę potrzeb córki, spostrzeżenie córki przez pryzmat własnych potrzeb matki sprawia, że córka nie uczy się rozpoznawania własnych uczuć, pragnień i czuje się zdezorientowana i bezradna. Rezultatem są rozwojowe trudności dziecka w kształtowaniu granic, obrazu ciała, deficyty w pierwotnym doświadczaniu integracji Ja. Stanowi to istotny problem w okresie dojrzewania, m.in. poprzez doświadczanie ciała jako oddzielnego od Ja. Zdaniem Bruch obserwowane u przyszłych pacjentek w okresie przedchorobowym perfekcjonistyczne

zachowania należy interpretować jako obronę przed doświadczaniem poczucia bezradności i małej wartości. Objawy anoreksji można rozpatrywać jako próbę odzyskania znaczenia, zbudowania poczucia własnej wartości, poprawy samooceny, ekspresji siebie, odzyskania kontroli. Jak pisze Drozdowski (2003, s. 57):

Anoreksja według Hildy Bruch, podobnie jak bulimia, będą dramatycznymi wysiłkami w celu odzyskania znaczenia, walidyzacji siebie, ekspresji własnej osobowości i efektywności interpersonalnej. Jest to mechanizm narcystycznej obrony, obecny u osób z bardzo niską samooceną. (...) Mechanizm ten z racji wczesnodziecięcych trudności w autonomii realizowany jest poprzez manipulację jedzeniem i jego rodzajem.

Chociaż oba typy zaburzeń odżywiania wiążą się z trudnościami fazy separacji–indywidualizacji, niektórzy autorzy w przypadku bulimii wskazują na zaburzenia pochodzące z okresu wcześniejszego, niż to ma miejsce w anoreksji. Stąd pacjentki anorektyczne dysponują większą siłą ego, podczas gdy u pacjentek z bulimią identyfikujemy znaczące deficyty ego, niezdolność odroczenia gratyfikacji, niemożność sublimowania popędowości (Drozdowski, 2003). Sugarman i Kurash (1982) stawiają tezę, że przyszłe pacjentki bulimiczne doświadczają trudności w procesie separacji–indywidualizacji przy przejściu z podfazy różnicowania do podfazy praktykowania. Wynikiem tego procesu jest trudność wykształcenia stałej reprezentacji obiektu. Oznacza to, iż dziecko osiąga satysfakcję, gdy zbliża się do obiektu reprezentowanego przez konkretne działania. Proces jedzenia przywołuje doświadczenie połączenia z matką i jako taki w początkowej fazie przynosi przejściowe ukojenie. W obliczu braku symbolicznej reprezentacji matki pacjentka używa swojego ciała, aby przywołać obiekt matki.

Drozdowski (2003) zwraca uwagę na to, że współczesne koncepcje psychoanalityczne dostarczają wielu hipotez na temat symbolicznego znaczenia zaburzeń odżywiania. I tak anoreksja i bulimia mogą wyrażać dylemat narcystyczny: pragnienie wyjątkowości i oryginalności i być formą odrzucenia fałszywego ja, powstałego w kontekście oczekiwań rodzicielskich i społecznych. Mogą wyrażać wrogość wobec macierzyńskich introjektów umieszczonych w ciele lub też być obroną przed chciwością i zawiścią.

Zdaniem Helen Malson (1998) anoreksja w dyskursie psychoanalitycznym

(...) jest konstruowana jako patologia *self*, gdzie ciało staje się centrum psychologicznych konfliktów, a odmowa jedzenia oznacza przejęcie kontroli

nad sobą i innymi. Psychoanalityczne teorie traktują anoreksję i bulimię jako pseudorozwiązanie wewnętrznych i relacyjnych problemów doświadczanych szczególnie intensywnie w okresie adolescencji (s. 87).

Źródłem tych konfliktów są dysfunkcyjne wczesne relacje rodzic-dziecko i one też podtrzymują objawy. W tym sensie koncepcje psychoanalityczne zbliżają się do wczesnych rodzinnych koncepcji systemowych, które traktowały objawy dziewcząt jako wyraz dysfunkcji systemu rodzinnego.

5.3. Anoreksja i bulimia w dyskursie systemowym

Systemowe modele rozpatrywały anoreksję i bulimię psychiczną w kontekście funkcjonowania systemu rodzinnego³⁶. Paradygmat systemowy zakładał, iż objawów psychopatologicznych czy problemów emocjonalnych jednego członka rodziny nie da się w pełni wyjaśnić w kategoriach zaburzonych procesów intrapsychicznych jednostki. Stąd ujmowanie zaburzenia w kategoriach dysfunkcyjności całego systemu z pokazaniem, że symptomy mogą pełnić funkcję utrzymania *status quo* w rodzinie albo być sygnałem skłaniającym ją do zmiany. W modelach systemowych analizowano cyrkularny charakter wzajemnych zależności, co pozwoliło na opisanie rodzinnych mechanizmów podtrzymujących proces choroby. Zarazem osoby z objawami nie traktowano jako ofiary systemu rodzinnego, gdyż podobnie jak inni pozostawała włączona w sekwencje zachowań i wydarzeń, tworząc tzw. system problemowy.

Dyskursy systemowe zakładały, iż symptomatologia anorektyczna, a także bulimiczna powiązane są z wzorcami rodzinnymi utrudniającymi osiągnięcie autonomii, umiejętne komunikowanie swoich uczuć i potrzeb, krytyczne odczytywanie oczekiwań kulturowych, tworzenie adekwatnych granic w relacjach z innymi (Józefik, 2006). Zdaniem badaczy dysfunkcyjne wzorce były zakorzenione w doświadczeniach rodzinnych, często o charakterze utrat, co stanowiło jeden z istotnych aspektów wiązania, zaburzającego przebieg procesów separacji-indywiduacji

³⁶ Systemowe modele rodzinne w odniesieniu do problematyki zaburzeń odżywiania były szczegółowo omawiane m.in. w książce: B. Józefik, *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006 oraz w rozdziale B. Józefik, R. Ułasińska, *Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się*. W: B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.

przyszłych pacjentek (Roberto, 1986; Weber, Stierlin, 1991). Zwracano uwagę na różne aspekty relacji rodzinnych, w tym te dotyczące stosunku do jedzenia i ciężaru ciała. Anorektyczne rodziny były opisywane jako skoncentrowane na sukcesach dzieci, przeceniające znaczenie szczupłości i wyglądu, nadmiernie ochraniające, pełne niepokoju, mające trudności w utrzymywaniu kontaktów społecznych, skoncentrowane na jedzeniu, nieumiejące wyrażać uczuć i rozwiązywać napięć, eksponujące konflikty poprzez stosunek do jedzenia i posiłków (Vandereycken, 2002b). Wskazywano także na słabość subsystemu małżeńskiego, wyrażającą się trudnościami w rozwiązywaniu problemów, w negocjowaniu różnic, przedkładaniem roli rodziców nad bliskość i więź małżeńską. Podkreślano niejasną strukturę władzy, istnienie międzypokoleniowych koalicji, włączenie pacjentki w konflikt małżeński, co było istotne w rozumieniu dynamiki narastania objawów. Zwracano uwagę na znaczenie przekazów dotyczących roli kobiet, nakazujących poświęcanie się, rezygnację z własnych potrzeb na rzecz potrzeb innych, a także na przekonania rodzinne dotyczące ważności pozycji społecznej, zdobycia edukacji, osiągnięcia sukcesu (Weber, Stierlin, 1991; White, 1989; Gröne, 2003). Poszukując różnic pomiędzy rodzinami pacjentek z anoreksją i bulimią, podkreślano większe nasilenie konfliktów małżeńskich i rodzinnych w rodzinach bulimicznych, impulsywność we wzajemnych relacjach, trudności w komunikowaniu uczuć i zaburzenia rezonansu emocjonalnego (Vandereycken, 2002b). Zwracano uwagę na niespójność w obrębie systemu rodzinnego, istnienie sprzeczności i tajemnic, podkreślano także aktywną rolę pacjentek w rozwiązywaniu konfliktów rodziców i napięć występujących w systemie rodzinnym (Gröne, 2003).

W ramach dyskursu systemowego anoreksja i bulimia są rozumiane jako „złożone psychologiczne zaburzenia, dla których widoczne objawy, takie jak utrata wagi i odmowa, napady jedzenia czy wymiotowanie jedzenia, można traktować jako obronę i pseudorozwiązanie dla innych problemów” (Malson, 1998). Te i inne problemy to z jednej strony dylematy indywidualne pacjentek: tendencja do karania siebie, perfekcjonizm, nadmierne ambicje, poczucie osamotnienia, brak wiary w siebie, poczucie nieefektywności, przeżywanie wrogości wobec innych, doświadczenie lęku i obniżonego nastroju, z drugiej – wzorce rodzinne utrudniające efektywne rozwiązywanie doświadczanych problemów lub podtrzymujące dysfunkcjonalną równowagę w relacjach rodzinnych (Humphrey, 1991; Malson, 1998).

Warto podkreślić, iż modele rodzinne dostarczają szczegółowej wiedzy na temat powiązań pomiędzy wzorcami rodzinnymi a symptoma-

tologią. W mniejszym stopniu zwracają uwagę na dystres przeżywany przez całą rodzinę w momencie chorowania (Józefik O., 2002). Zarzuty, jakie się im stawia, najczęściej dotyczą nadmiernej generalizacji doświadczeń klinicznych, zbyt dużego przywiązania do poszukiwania typowych konstelacji wzorców rodzinnych i niedoceniańa różnicowania rodzin. Warto pamiętać, iż większość modeli klinicznych ze względu na swoją złożoność nie była weryfikowana empirycznie poprzez odniesienie do grupy kontrolnej. Sama teoria systemowa jest także poddana krytyce m.in. ze względu na nadużywanie metafor systemowych i cybernetycznych³⁷.

5.4. Anoreksja i bulimia w dyskursie poznawczym

Dyskurs poznawczy w zaburzeniach odżywiania koncentruje się na dwóch zasadniczych sferach. Pierwsza dotyczy dysfunkcyjnych przekonań poznawczych, druga zaburzonego obrazu ciała. Jak wiadomo, zaburzenia poznawcze stanowią kryteria rozpoznawania anoreksji i bulimii. Polegają na nadmiernej koncentracji na ciężarze ciała i wyglądzie oraz na nadawaniu tym wymiarom szczególnego znaczenia. Jednocześnie w anoreksji procesowi temu towarzyszy niedoszacowanie poziomu rzeczywistej niedowagi i niedostrzeganie stopnia zagrożenia zdrowia i życia. Wskazuje to na zaburzenia percepcji dotyczące pewnych zakresów funkcjonowania, szczególnie tych, które dotyczą ciała, ale nie tylko. Ponadto pacjentki często w zdeformowany sposób relacjonują także swoje osiągnięcia, czy opisują relacje z innymi. Koncepcje poznawcze zakładają istnienie dysfunkcyjnych schematów percepcyjno-poznawczych, które mogą powodować anoreksję i bulimię i/lub być jej konsekwencjami. Taki sposób konceptualizacji traktuje anoreksję i bulimię jako indywidualną patologię: są one skutkiem poznawczych deficytów. Badacze wskazują,

³⁷ Krytykę ujęcia systemowego zawiera artykuł Alvina Pama, *Family Systems Theory – A Critical View*. „New Ideas in Psychology”, 1993, 11, s. 77–94. Pam pisze m.in.: „Wszystkie modele są metaforami i dlatego nie sprawdzają się poza ograniczonym kręgiem zastosowań. (...) Model [systemów rodzinnych] wnosi potrzebne holistyczne podejście, ale traktuje rodzinę jako oderwany byt, w ramach którego przyjmuje się wyjaśnienia teleologiczne oraz rozmytą odpowiedzialność, natomiast pomija dynamikę jednostki. Jako forma socjologicznego determinizmu teoria systemów postuluje istnienie zreifikowanego »grupowego umysłu«, który kontroluje zachowanie rodziny”. Artykuł opublikowany był w czasopiśmie „Gestalt”, 1995, 17, Kraków, tłum. M. Flakowicz.

że deficyty poznawcze obejmują zarówno automatyzmy myślowe, jak i głębokie przekonania na swój temat (*core beliefs*) (Leung i in., 1999, 2000). Warto podkreślić, iż głębokie przekonania są szczególnie trwałe ze względu na zakorzenienie we wczesnych doświadczeniach życiowych przyszłych pacjentek. Dotyczą one bezwarunkowych przekonań o sobie, innych i otoczeniu wraz z towarzyszącymi im uczuciami. Wskazuje się, że w zaburzeniach odżywiania przekonania te prowadzą do rozwoju dysfunkcyjnych założeń dotyczących wagi i kształtu sylwetki, pełniąc funkcję kompensacyjną. Próby kontrolowania wagi i kształtu ciała mogą być sposobem przezwycięzania negatywnych przekonań o sobie. Podkreśla się występowanie wielu zniekształceń poznawczych, takich jak: nadmierna generalizacja, myślenie czarno-białe, personalizacja czy wybiórcza uwaga. Identyfikacja tych zniekształceń jest jednym z podstawowych celów terapii poznawczej.

Drugą istotną sferą refleksji poznawczej są zaburzenia obrazu ciała (*body image distortion*). Zarówno doświadczenia kliniczne, jak i wyniki badań pokazują, że pacjentki z anoreksją i bulimią spostrzegają swoje ciało albo jego części jako większe, grubsze, niż to jest w rzeczywistości. Na ten aspekt funkcjonowania wskazywała już H. Bruch, która uważała, iż warunkiem efektywnego leczenia jest osiągnięcie realistycznego obrazu ciała oraz zaakceptowanie jego kształtu i wagi. Tak więc zaburzony obraz ciała w anoreksji oraz w bulimii wydaje się nie budzić wątpliwości. Z kolei jednak wiele badań obejmujących kobiety zdrowe pokazuje tę samą tendencję do przeceniania wagi i kształtu ciała, którą identyfikuje się u pacjentek z zaburzeniami jedzenia (Brytek-Matera, 2008; Głębocka, 2009; Ogedon, 2010). Badacze interpretują te wyniki jako wyraz zinternalizowania kulturowego wzorca szczupłości (Malson, 1998).

5.5. Anoreksja i bulimia w dyskursie feministyczno-genderowym

Od lat siedemdziesiątych XX wieku analizy feministyczne i kulturowe koncentrują się na anoreksji, a w okresie późniejszym także na bulimii, jako zjawiskach charakterystycznych dla współczesnych, wysoko uprzemysłowionych i postindustrialnych społeczeństw. Jak pisze Hepworth (1999, s. 101), oba fenomeny wyraźnie ilustrują powiązania pomiędzy problematyką ciała a „konsekwencją dyskursu na temat kobiet, kobiecości i szczupłości w kulturze zachodniej”.

W obrębie analiz feministyczno-genderowych poświęconych problematyce zaburzeń odżywiania można wyróżnić dwa okresy. Pierwszy, obejmujący wczesne prace feministyczne, koncentruje się zasadniczo na powiązaniach pomiędzy patriarchalnymi aspektami kultury a pozycją kobiet, znaczeniem kobiecego ciała i tożsamością. Drugi pozostający wyraźnie pod wpływem prac Foucaulta i studiów genderowych sytuje dyskursy dotyczące ciała, jedzenia, chorowania i leczenia w przestrzeni społecznej, we wzajemnych relacjach pomiędzy tymi sferami, zwracając szczególną uwagę na problematykę władzy. Wśród znaczących postaci pierwszego okresu należy wymienić Susie Orbach, autorkę: *Fat Is a Feminist Issue* (1978) i *Hunger Strike* (1986), oraz Kim Chernin, autorkę *The Hungry Self: Daughters and Mothers, Eating and Identity* (1986). Warto zaznaczyć, że obie badaczki były psychoanalytyczkami, prowadzącymi praktykę psychoterapeutyczną, obejmującą także pacjentki z zaburzeniami odżywiania, a zarazem aktywnymi uczestniczkami ruchu feministycznego. Stąd ich prace były próbą syntezy teorii psychoanalitycznych i myśli feministycznej³⁸. Prace autorek były skoncentrowane na kilku zasadniczych dziedzinach. Podstawowy to krytyka kultury patriarchalnej, w ramach której kobieta zajmuje pozycję podrzędną w stosunku do mężczyzny, pozostaje zależna od kontekstu kulturowego, w tym rodziny, jest uczona dbania o potrzeby innych, zaniedbując własne. Zdaniem badaczek patriarchalne aspekty kultury konstruuja wewnętrznie sprzeczną tożsamość kobiet, sprawiają, że kobiety nie rozpoznają swoich potrzeb i/lub ich nie wyrażają. Anoreksja w tym ujęciu była więc rozumiana jako wyraz zaprzeczania istotnym potrzebom i oznaczała trudności w określeniu własnej tożsamości. Orbach (1986), traktując anoreksję jako „metaforę naszych czasów”, twierdziła, że stałym doświadczeniem kobiet jest trudność określenia własnej spójnej społecznej tożsamości. Jak pisała: „wszystkie kobiety żyją z napięciem dotyczącym ich miejsca w świecie” (Orbach, 1986, s. 29). Komentując przemiany zachodzące w kulturze krajów wysoko uprzemysłowionych drugiej połowy XX wieku, podkreślała, podobnie jak inne autorki, wewnętrzną niespójność w obrębie ról pełnionych przez kobiety, co się staje źródłem intrapsychicznych konfliktów. Szczególne napięcie wiąże się z próbą łączenia roli matki z osobistą profesjonalną karierą kobiety. Orbach uważała, że anoreksja może być rozpatrywana w kontekście nierówności pozycji obu

³⁸ Przykładem jest książka *Understanding Women: A Feminist Psychoanalytic Approach* (1983), której Susie Orbach jest współautorką wspólnie z Luise Eichenbaum.

płci w kulturze, jako próba odzyskania kontroli nad życiem, w obliczu odczuwania chaosu i bezradności. Przejmowanie kontroli nad ciałem poprzez zaprzeczenie wartości jedzenia w przeżywaniu jednostki może stanowić ekwiwalent kontroli nad życiem.

Badaczki poddawały krytyce medyczną perspektywę za zbyt wąskie definiowanie anoreksji, a także wpisywanie się w społeczny proces kontroli kobiet. W swoich tekstach uwzględniały głosy kobiet dotkniętych problemem, aby wymienić chorującą na anoreksję Sheilę MacLeod, autorkę często cytowanej książki *The Art of Starvation* (1981) opisującej własne wieloletnie zmagania się z ograniczaniem jedzenia.

Innym istotnym polem ich dociekań była relacja matka–córka. Orbach (1986) wskazywała na trudności dziewcząt chorujących na anoreksję w procesie separowania się od matek i formowania własnej tożsamości. Niemożność rozpoznania własnych potrzeb jest czynnikiem blokującym rozwój odrębności i indywidualności. Orbach (1986) charakteryzowała relację matka–córka jako wypełnioną miłością i nienawiścią, podkreślając, że ma to zasadniczy wpływ na stosunek młodych dziewcząt do siebie i na poziom szacunku i akceptacji. Co więcej, uważała, że dynamika relacji matka–córka jest nieświadomie odtworzona w podejściu do jedzenia: w pragnieniu i odrzuceniu jedzenia. Kim Chernin (1986) także poddawała analizie proces separacji dziewcząt w relacji z matkami. Wskazywała, że proces separacji–indywidualności utrudnia percepcja niespójnych wzorców i ról społecznych kobiet. Dziewczęta nie są gotowe do oddzielenia się od matek, nie wiedzą bowiem, jak odnieść się do sprzeczności konstruujących tożsamość i rolę kobiet. Zdaniem autorki anoreksja jest symbolicznym powrotem do dziecięcej relacji z matką, zatrzymuje proces oddzielania się i wchodzenia w dorosłość, reprezentuje kryzys dotyczący autonomii, wyrażający się niemożnością rozwinięcia własnej indywidualnej tożsamości. Zarazem może być rozpatrywana jako bunt przeciwko oczekiwaniu podporządkowania się temu, co jest społecznie uznane. Dziewczęta w okresie dojrzewania dostrzegają podporządkowanie matki, co budzi w nich jednocześnie sprzeciw i poczucie winy: „dręcząca troska o matkę ukryta jest pod powierzchnią problemu z jedzeniem”. Jak pisała Chernin:

(...) córka wchodząca w życie i ciesząca się życiem doświadcza konfliktu lojalności: czy być wierną matce, jej stylowi życia czy też, zgodnie ze zmieniającymi się wzorcami kulturowymi, podążać za nowym wzorem kobiecości. To doświadczenie uruchamia poczucie winy, które zmniejsza się, gdy narastają anorektyczne zachowania (s. 43).

Hepworth (1999) w krytycznym przeglądzie koncepcji dotyczących anoreksji zauważa, że wczesne teorie feministyczne były skoncentrowane na analizie relacji matka–córka z pominięciem osoby ojca. Podkreśla, że nawet wówczas gdy badaczki piszą o relacjach rodzinnych, to ostatecznie odnoszą się do tej diadycznej relacji, co nie tylko stanowi istotne ograniczenie modeli, ale wpisuje się w tendencję obwiniania matek za problemy i choroby dzieci (Avis, 2003).

Prace późniejsze, opierające się na tekstach Foucaulta i wykorzystujące język konstrukcjonizmu, poszerzyły zakres analiz, badając dyskursy, w jakie włączone jest ciało kobiet, śledziły społeczno-kulturowe „praktyki tworzące posłuszne kobiece ciało”, zajmowały się także kulturowymi kontekstami jedzenia, stosowania diet, a także przyglądały się krytycznie metodom leczenia. Najważniejsze były tutaj szczególnie prace amerykańskiej feministki Susan Bordo: *Anorexia nervosa and the crystallisation of culture* (1988) i *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body* (1993). Dla Bordo anoreksja stanowi „kryształizację zachodniej kultury” i jest traktowana jako „symptom wieloaspektowych i heterogennych stresorów współczesności”. Autorka uważała, że utrzymywanie szczupłości i odchudzanie się są praktykami, poprzez które kobiety w patriarchalnym społeczeństwie osiągają władzę. Stąd umieszczała anoreksję w kulturowych, politycznych i historycznych kontekstach, a nie w indywidualnej psychopatologii chorujących dziewcząt i kobiet. Nie koncentrując się na tradycyjnie rozumianej etiologii, opowiadała się za złożonymi i zróżnicowanymi interpretacjami indywidualnych historii ograniczania jedzenia. Zwracała uwagę na różnorodne znaczenia, często wewnętrznie sprzeczne, przypisywane szczupłemu ciału. Wskazywała, że można odczytać szczupłość jako „uwolnienie się od przeznaczenia macierzyństwa” w społeczeństwach, w których macierzyństwo nie wiąże się z uznaniem i wysoką pozycją społeczną. Ta kontridentyfikacja z ciałem symbolizującym macierzyństwo może być wyrazem ucieczki „od reprodukcyjnego przeznaczenia kobiecości postrzeganej jako ograniczająca i dusząca” (1993, s. 209).

Bordo, podobnie jak i inne badaczki, analizowała powiązania pomiędzy ciałem: jego kształtem, ciężarem i obrazem a znaczeniem jedzenia i dyskursem o wpływie diety. Podkreślała, że konstrukty płci kulturowej definiują stosunek do jedzenia, wyglądu czy diet. Stąd analizując reklamy dotyczące jedzenia, zwracała m.in. uwagę na odmienny sposób przedstawienia kobiet i mężczyzn i kwestii jedzenia. Pokazywała, że mężczyźni są zazwyczaj zachęcani do swobodnego zaspokajania apetytu, a kobiety do ograniczania się i kontroli, co wyraża także odmienny stosunek do

seksualności kobiet i mężczyzn. Wpisując anoreksję i bulimię w szeroki kontekst problematyki *gender* i relacji związanych z władzą, rozszerzyła swoją analizę także na takie zaburzenia, jak histeria, występująca u kobiet w XIX wieku. Badaczka podzielała częściowo poglądy Orbach (1986), interpretującej te zaburzenia jako nieświadomy wyraz buntu wobec kultury nieakceptującej popędomowości kobiet, ich potrzeb i pragnień. Bordo, nazywając anoreksję „prawdziwą siostrą histerii”, twierdziła, iż zmiany kulturowe w XIX wieku konfrontowały kobiety z konfliktowymi pragnieniami. Z jednej strony rozbudzone zostały dążenia emancypacyjne kobiet, z drugiej – stabilne struktury patriarchalnej kultury zatrzymywały ją w przestrzeni domowej. Zarazem dyskurs kobiecości definiował idealną kobietę jako słabą, wrażliwą, bierną, zmienną, żyjącą w sferze marzeń. Stąd pojawienie się kobiet o osobowości histerycznej, co Bordo traktowała jako „konkretyzację mistyki kobiecej” tego okresu historycznego.

W anoreksji Bordo widziała typową dla kultury ponowoczesnej „ideologię konstruktu kobiecości”, która wiązała się z opresją konieczności utrzymywania szczupłego ciała. W tym sensie stanowi ona wyraz dominującej współczesnej „mystyki ciała” w jej wyostrej, karykaturalnej formie. Bordo dostrzega, że poddanie się dyskursowi szczupłego ciała stanowi dla kobiet pułapkę: anorektyczne praktyki oddalają kobiety od niezależności, samokontroli, sprawności tych upragnionych przez nich cech kulturowo związanych z męską czy chłopięcą identyfikacją. Chcąc uciec od ciała, kobiecości, od konsekwencji posiadania ciała, dążąc do autonomii, paradoksalnie redukują swoją podmiotowość, tracą wolność i autonomię na rzecz wyniszczających praktyk.

Badaczka, analizując problematykę bulimii, wskazywała, że zachowania bulimiczne odzwierciedlają sprzeczności występujące w kulturach późnego kapitalizmu. Mamy więc z jednej strony chęci i możliwości zaspokojenia wszystkich materialnych potrzeb i pokus, z drugiej pragnienie sprostania nakazom obejmującym konieczność kontroli, odpowiedzialności i ograniczenia. Poglądy Bordo korespondują z refleksjami Selvini Palazzoli i in. (1989), dotyczącymi transformacji w zakresie systemu wartości, stylu życia społeczeństw postindustrialnych. Selvini Palazzoli narastanie symptomatologii bulimicznej wiązała ze zmianami kulturowymi w tym właśnie zakresie. Zwracała uwagę na coraz rzadziej występujące w kulturze zachodnioeuropejskiej tendencje i praktyki ascetyczne związane z filozofią chrześcijańską i rozpowszechniające się postawy hedonistyczno-konsumpcyjne. Jej zdaniem psychopatologiczny obraz zaburzeń odżywiania się w istotny sposób modelują zachodzące zmiany kulturowe (Selvini Palazzoli i in., 1989).

Prace Bordo stały się inspiracją dla dalszego rozwoju poststrukturalnych konceptualizacji anoreksji (Fallon i in., 1994; Frost, 2001; Malson, 1998). Ich rezultatem jest opisanie całego spektrum dyskursów, w ramach których zachowania anorektyczne mogą być interpretowane. Prace te pokazują polityczne i praktyczne konsekwencje uznania danego dyskursu. Malson uważa, że w proces „budowania” anoreksji mogą być zaangażowane różne dyskursy, pozostające z sobą w konflikcie i napięciu. Na przykład chude anorektyczne ciało może być przeżywane jako atrakcyjne seksualnie albo jako dziecinne i chore. Albo jednocześnie jako androgyniczne i chłopięce. Może wyrażać opór wobec tradycyjnej kobiecości albo być świadomym działaniem na rzecz ciała skontrolowanego, bezcielesnego podmiotu. Chude ciało może mieć więc wiele znaczeń, pozostających z sobą w konflikcie, odnoszących się do różnych aspektów *self*. Tak więc, zdaniem Malson, „dyskursywne i fizyczne zarządzanie chudym ciałem i dyskursywna walka o znaczenia może być rozumiana jako zarządzanie tożsamością” (s. 142). Stąd jej teza, że „anoreksja może być sposobem konstruowania tożsamości a zarazem jej brakiem”. Jednocześnie Malson zwraca uwagę, że takie rozumienie rozpatruje anoreksję w ramach dyskursu indywidualizmu. Dyskurs ten „wytwarza wyidealizowaną pozycję podmiotu, który sobą zarządza i który konstruuje tożsamość w terminach topograficznych metafor, takich jak granice, zewnętrzne/wewnętrzne, powierzchowne/głębokie. Ta metafora stwarza tożsamość jako coś wewnętrznego w stosunku do kobiecości rozumianej zewnętrznie, powierzchownie jako antytezy tej »wewnętrzności« (*internality*)” (s. 157). Malson zauważa, że rozpatrując anoreksję w ramach dyskursu indywidualizmu, ogranicza się zarazem społeczno-polityczne wyjaśnienia pragnienia kobiet bycia szczupłymi.

5.6. Podsumowanie

Druga połowa ubiegłego wieku przyniosła doprecyzowanie kryteriów diagnostycznych anoreksji i bulimii psychicznej, sformułowanie modeli etiologicznych i czynników ryzyka, opisanie predyktorów korzystnego rokowania, rozpoznanie rozpowszechnienia, a także sformułowanie zróżnicowanych modeli leczenia. Jednocześnie z umacnianiem się medycznego, psychiatrycznego rozumienia ograniczania i nadmiernego jedzenia jako zaburzeń odżywiania się ze strony środowisk feministyczno-genderowych wyłoniła się krytyka medycznego dyskursu.

Główne ostrze krytyki było skierowane przeciwko pomijaniu czy minimalizowaniu kulturowych źródeł zaburzeń i wiązaniu zachowań anorektycznych i bulimicznych z indywidualną psychopatologią. Krytyka ta dotyczyła także koncepcji psychoanalitycznych, systemowych i poznawczych, które, włączane do teorii i praktyki klinicznej, poszerzały psychiatryczną mapę rozumienia zaburzeń. Jak wiadomo, w ramach psychoanalitycznej i psychodynamicznej teorii zaburzenia odżywiania się traktowane są jako niejednorodna grupa ze względu na różnicowane mechanizmy etiologiczne, zakorzenione w poszczególnych fazach rozwojowych. Z kolei w klasycznych szkołach systemowych są one rozpatrywane w relacji do dysfunkcyjnych wzorów rodzinnych, w teoriach poznawczych zaś jako indywidualna dysfunkcja schematów percepcyjno-poznawczych. Prace feministyczno-genderowe podkreślały, że psychiatryczny medyczny dyskurs, niezależnie od tego, czy jest wąsko, czy szeroko rozumiany, umieszczając psychopatologię w indywidualnych pacjentkach, nie dostrzegając i nie analizując przekazów dotyczących kobiet oraz kobiecego ciała, wzmacnia aspekty kultury opresyjnej wobec kobiet. Stąd studia genderowe i socjologiczne, opierające się na pracach Foucaulta, pełne są wnikliwych analiz identyfikujących wzorce kulturowe dotyczące ideału piękna, szczupłości, znaczenia diety, ich wzajemnych powiązań i znaczeń (Bordo, 1999). Analizy te wykazują, iż propagowane wzorce kulturowe mają charakter normatywny i w tym znaczeniu sprawują władzę nad jednostką.

Współczesne analizy dostarczyły też interpretacji do rozumienia zjawisk głodzenia się dziewcząt i kobiet w przeszłości. Pokazały, że nie można postawić znaku równości pomiędzy anoreksją psychiczną, tak jak ją współcześnie definiujemy, a historycznie identyfikowanymi formami głodzenia się. Takim polem porównań było zwłaszcza zjawisko poszczających świętych określane jako anoreksja „cudowna” (łac. *anorexia mirabilis*) lub anoreksja „święta” (ang. *holy anorexia*) (Bell, 1985). Mimo pewnych podobieństw do współczesnego obrazu klinicznego anoreksji psychicznej wyraźna jest różnica dotycząca motywów decyzji o ograniczaniu jedzenia. W przypadku średniowiecznych świętych post i umartwianie ciał były sposobem zbliżenia się do *sacrum* (Vandereycken, van Deth, 1994; Hepworth, 1999)³⁹. Nie można tego powiedzieć o współczesnych pacjentkach, dla których punktem odniesienia jest wizerunek promowany przez kulturę. I chociaż głodzenie się przynosi

³⁹ Wątpliwości budzi też sama procedura przypisywania współczesnych kryteriów zaburzeń zachowaniom znanym jedynie z opisu, i to osób postronnych.

zbliżone fizjologiczne konsekwencje, trudno nie zauważyć różnic wynikających z odmiennej psychologicznej motywacji i odrębnego kulturowego kontekstu. Warto zarazem zobaczyć pewne elementy wspólne dla obu zjawisk: można je uznać za ekspresję społecznej i psychologicznej sytuacji kobiet. I tak, Rudolph Bell (1985) rozpatrywał oba zjawiska w kontekście kultury patriarchalnej. Wskazywał, że wyrażają one dążenie do ideału, co można rozumieć jako wyraz walki o tożsamość kobiecą w świecie zdominowanym przez mężczyzn. Bell porównywał pragnienie doskonałości pacjentek do ascezy świętych, wiążąc jednocześnie te postawy z tendencją do poświęcania się, właściwą kobietom. Na inny aspekt zwracała uwagę Caroline Walker Bynum (1991). Analizując pozycję społeczną kobiet, podkreślała trudność, a właściwie niemożność kobiet decydowania o sobie i swoim losie. Jej zdaniem kobiety, przez stulecia zależne od rodziny, społecznego kontekstu, mogły jedynie poprzez ciało wyrażać swoją wolę. Stąd jej teza, że istotne dla rozumienia problematyki radykalnego ograniczania jedzenia jest opisanie dyskursów definiujących kobiecość i ich pozycję społeczną.

Z pozycji konstrukcjonizmu społecznego i poststrukturalizmu interesujące jest identyfikowanie wielości dyskursów, w jakich możemy ujmować zjawiska anoreksji i bulimii. Są one konstruktami porządkującymi rzeczywistość, bez rozstrzygania o ontologicznej naturze zjawisk, których dotyczą. Tworzą one wieloobraz, który może być bardziej użyteczny niż wyjaśnienia odwołujące się do jednej koncepcji. Jak piszą Chrzęstowski i de Barbaro (2011, s. 67), „wieloobraz to wiele różnych równoprawnych perspektyw”, które wynikają z nadawania znaczenia pewnym wybranym elementom spostrzeganej rzeczywistości oraz porządkowania według określonych wzorców. Należy zarazem podkreślić, iż sposób konceptualizacji zjawisk określanych jako anoreksja i bulimia ma swoje określone konsekwencje. Decyduje o tym, czy zjawiska te traktowane są jako zaburzenia, czy jako dylematy tożsamościowe, patologia relacji rodzinnych, czy też zjawiska life-stylowe⁴⁰. Dalej, czy zjawiska te będą rozpatrywane w odniesieniu do indywidualnej historii życia jednostki, czy też w powiązaniu z kontekstem kulturowym, systemem wartości odczytywanym przez dane grupy społeczne czy pokoleniowe? Wielość rozumień jest użyteczna, gdy pojawiają się pytania, czy i jak możemy wpływać na omawiane zjawiska, na czym oddziaływania te miałyby polegać, do kogo powinny być kierowane: wobec jednostek,

⁴⁰ Przykładem są zjawiska Pro-ana i Pro-mia, funkcjonujące w internecie, które traktują anoreksję i bulimię nie jako chorobę, ale świadomie wybrany styl życia.

rodzin, grup społecznych, czy też ich adresatem powinna być kultura? Jakie jej aspekty?

W ramach omawianych dyskursów warto zwrócić uwagę na ujęcie narracyjne, które z jednej strony proponuje własną konceptualizację anoreksji i bulimii, z drugiej – stosownie do tego formy terapii i oddziaływań społecznych. Ze względu na ważność tej propozycji będzie ona przedmiotem odrębnego opracowania w kolejnym rozdziale.

6. Anoreksja i bulimia psychiczna w ujęciu narracyjnym

Wielu badaczy podkreśla, że człowiek nie tylko wytwarza narracje – teksty kultury; za równie, a często bardziej istotny poznawczo uważają oni fakt, że własności narracyjne przysługują także procesom mentalnym, w których przepracowujemy i interpretujemy nasze doświadczenie, projektujemy nasze przyszłe działania.

Katarzyna Rosner, *Narracja, tożsamość i czas*. Wydawnictwo TAIW-PN Universitas, Kraków 2006, s. 7.

Ostatecznie narracja stała się ogólną strukturą wiedzy lub ogólną strukturą poznawczą. Tak ogólnie rozumiana narracja stała się wygodną formułą opisów np. procesów konstruowania tożsamości, dynamiki zjawisk społecznych, dziejów idei filozoficznych czy historii w ogóle. Okazała się przy tym pojęciem maksymalnie interdyscyplinarnym.

Anna Burzyńska, *Idee narracyjności w humanistyce*. W: B. Janusz, K. Gdowska, B. de Barbaro (red.), *Narracja. Teoria i praktyka* (21–36). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 27.

6.1. Perspektywa narracyjna

Anna Burzyńska w pracy *Idee narracyjności w humanistyce* (2008) przekonująco pokazuje proces „narratywizacji” w naukach humanistycznych i społecznych, jaki rozpoczął się pod koniec lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku, a który współcześnie odnajdujemy nieomal we wszystkich dziedzinach. Konsekwencją tego zjawiska jest poszerzenie i uniwersalizacja pojęcia narracji. Narracja, pojęcie z dziedziny literatury⁴¹, „stała się

⁴¹ Narracja w literaturze była rozumiana jako opowieść, charakteryzująca się początkiem, środkiem i końcem, i która posiada główny wątek. Pomiędzy opisywanymi zdarzeniami powinny zachodzić związki przyczynowo-skutkowe. Występująca w fabule opowieści struktura czasowa umożliwia „nadawanie całościowego sensu złożonym

kategorią filozoficzną, antropologiczną, psychologiczną, socjologiczną, pojęciem z zakresu metodologii historii, polityki, prawa, pedagogiki, pojawiła się nawet w języku medycznym, pełniąc rolę nowego, interesującego narzędzia opisu” (Burzyńska, 2008, s. 26). Pojęcie narracji, opowieści zaczęło być używane w zróżnicowanych znaczeniach: jako struktura poznawcza, sposób rozumienia świata, autoprezentacja, czyli opowieść autobiograficzna, forma dyskursu, narzędzie opisu procesów badawczych oraz teorii naukowych.

Podejście narratywistyczne najczęściej jest powiązane z paradygmatem konstrukcjonizmu społecznego i postawą kulturalistyczną (Burzyńska, 2008; Rosner, 2006). Pojęcia te zakładają kulturowe, społeczne pochodzenie opowieści, oznaczają, że autonarracje są współkonstruowane w dialogu z innymi i w odniesieniu do kultury, w której żyje jednostka. Zazwyczaj mamy poczucie, iż nasze historie są naszymi własnymi, niepowtarzalnymi opowieściami o naszym życiu. Perspektywa konstrukcjonistyczna zakłada, że to, czego doświadczamy, w istocie interpretujemy w odniesieniu do przekonań, przekazów kultury, w której żyjemy, w jej ramach tworzymy opowieści o swoim życiu i o świecie.

Procesy tworzenia opowieści są jednocześnie elementami społecznego konstruowania rzeczywistości. Poprzez dzielenie się „kodami kulturowymi” kolejne pokolenia są włączane do uzgadnianej narracyjnej rzeczywistości. I tak np. badacze dyskursu zwracają uwagę, jak poprzez określone sposoby mówienia, w tym opowiadania historii, tworzone są „psychiczne realności”, a poprzez nie odtwarzany jest porządek społeczny, w który mogą być wpisane także różne formy przemocy symbolicznej i niesymbolicznej (Foucault, 2000; Bourdieu, 2004).

Konstrukcjonistyczno-narracyjny paradygmat zakłada wielowersyjność świata, a także konsensualny, kulturowy charakter wiedzy. Odwołuje się m.in. do poglądów chilijskich biologów Humberto Maturany i Francisco Vareli, współtwórców konstruktywizmu, którzy opierając się na biologicznych badaniach eksperymentalnych, sformułowali tezę, iż obraz świata, jaki powstaje w naszym umyśle, jest zależny od naszej budowy biologicznej i naszego doświadczenia, a spostrzeganie nigdy nie daje wiedzy na temat rzeczy, świata, gdyż poznające organizmy ze względu na swoją organizację są zamknięte. Maturana i Varela (1980) na opisanie tych zjawisk wprowadzili pojęcie „systemów autopojetycz-

splotom wydarzeń, zamierzeń i czynów bohaterów, nieprzewidzianych okoliczności, które składają się na opowieść” (K. Rosner, *Narracja, tożsamość i czas*. Wydawnictwo TAIWPN Universitas, Kraków 2006, s. 7).

nych”, a więc takich, które utrzymują się dzięki samowytwarzaniu⁴². Systemy autopojetyczne dzięki specyficznej budowie układu nerwowego i percepcyjnego mają możliwość tworzenia wewnętrznych reprezentacji, „map”, i działania opartego na tych reprezentacjach. W tym sensie poznajemy świat taki, jaki jest nam dostępny ze względu na naszą budowę oraz doświadczenie, a nie taki, jaki on jest obiektywnie. W konsekwencji mówimy więc o wielowersyjności świata: każdy tworzy własną mapę świata, każdy ma swoją wersję wydarzeń. Na przykład w odniesieniu do rodziny oznacza to, że system rodzinny nie ma jednej postaci, gdyż rodzina jest inna dla każdego członka rodziny, każdy ma inną wizję, wersję rodziny.

Jerome Bruner (1992), amerykański profesor psychologii, uważał, że „narracja jest pierwotną, wrodzoną podstawą procesów poznawczych, a kompetencja narracyjna wyprzedza w rozwoju dziecka kompetencję językową”. Zakładał, że umysł ludzki ujmuje rzeczywistość w formę opisów, narracji, interpretuje dziejące się zdarzenia jako określone historie, opowieści. Bruner podkreślał, że ta zdolność do tworzenia opowieści, nadawania sensu wydarzeniom stanowi o istocie człowieka i jest nieodłącznym elementem podmiotowego bycia w świecie.

Katarzyna Rosner (2006), analizując narastające znaczenie pojęcia narracji, podkreśla, że dobrze koresponduje ono z jednym z wyzwań współczesnej humanistyki i nauk społecznych, jakim jest problem tożsamości jednostki. W tym rozumieniu „tożsamość nie jest czymś danym, lecz czymś zadaniem, domagającym się określenia”. Badaczka podkreśla, że pojęcie narracji może sprostać temu wyzwaniu „ponieważ jest ono, podobnie jak formułujące się nowe rozumienie [tożsamości – przyp. B.J.] człowieka, strukturą czasową, tj. rozwijającą się w czasie, a zarazem skończoną, mającą początek i zakończenie” (Rosner, 2006, s. 7). Okazało się ono bardzo użyteczne w psychologii, która, opierając się na nim, na nowo formułuje swoje kategorie i zadania badawcze. Wśród bardzo znaczących postaci można tutaj wymienić Kennetha J. Gergena, współtwórcę konstrukcjonizmu społecznego, czy Dana McAdamsa (1989), twórcę narracyjnej teorii tożsamości (*life-story theory of identity*).

⁴² Poglądy Maturany dotyczące systemów autopojetycznych omówiono m.in. w pracach: H. Goldenberg, I. Goldenberg, *Terapia rodzin*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006; K. Ludewig, *Terapia systemowa. Podstawy teoretyczne i praktyka*. GWP, Gdańsk 1995, a także L. Górniak, *Konstruktywizm a zmiany w praktyce psychoterapeutycznej*. W: L. Górniak, B. Józefik (red.), *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzinnej. Od metafory cybernetycznej do dialogu i narracji*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, s. 33–56.

Z punktu widzenia psychologii fundamentalne znaczenie ma „uniwersalność struktury narracji jako formy rozumienia doświadczania rzeczywistości”, a także charakter narracyjny „ważnych obszarów wiedzy ogólnej człowieka o świecie społecznym” (Trzebiński, 2001, s. 16) Dzięki tej wiedzy, dostarczającej „ogólnych kategorii umysłowych, pozwalającej na strukturowanie doświadczeń”, jesteśmy „przygotowani do narracyjnej interpretacji zdarzeń dziejących się w świecie. Chociaż narracja nie jest jedyną formą rozumienia otoczenia, jest jednak jedną z pierwszych w rozwoju jednostki” (Trzebiński, 2001, s. 22). Narracja pozwala opisać przeżyty czas, a strukturowanie doświadczeń w postaci opowieści porządkuje je i nadaje im sens. Co więcej, opowieści, historie, którymi dana osoba zwykła opisywać życie swoje i innych, wpływają na to, jakie aspekty doświadczenia zostają dostrzeżone, a następnie wyrażone. Można więc powiedzieć, że opowieść kształtuje życie, które toczy się zgodnie z opowieścią, którą miało się uprzednio. Wskazuje to na konstytutywną moc języka.

Wśród wielu typów narracji możemy wyróżnić narracje autobiograficzne, które opisują historię życia osoby i które są przez nią tworzone. Warto podkreślić, że nie są one prostym relacjonowaniem zdarzeń; przeciwnie – „opowieści autobiograficzne wynikają z tego, jak są interpretowane zapamiętane fakty i towarzyszące im doświadczenia emocjonalne” (Oleś, 2004, s. 194). „Ludzie opowiadają historie autobiograficzne i dzięki temu tworzą narracyjną tożsamość, choć sama historia ze względu na jej naturalne ograniczenia oraz fakt, że do kogoś jest adresowana, nie oddaje tożsamości w pełni, gdyż ta ma charakter raczej pojęciowy niż *stricte* werbalny” (Oleś, 2004, s. 193). Narracja autobiograficzna, poza treścią historii, zawiera także rozumienie siebie, swojej sytuacji, motywacji i uczuć, konsekwencji działań. W ten sposób budowana jest narracyjna tożsamość, która pozwala jednostce zrozumieć siebie „jako podmiot zmieniający się i podmiot w zmieniających się sytuacjach” (Trzebiński, 2001, s. 37). Jest to odejście od koncepcji tożsamości rozumianej jako zbiór cech, a raczej jest to „historia zmienności indywidualnego losu” (Trzebiński, 2001, s. 37). Zgodnie z ujęciem McAdamsa konstruowanie w miarę spójnej opowieści o sobie nadaje osobie, współcześnie często żyjącej w zagubieniu i chaosie, poczucie ciągłości i celu. Stąd narracyjne tworzenie własnej tożsamości jest dla jednostki ważnym psychologicznym wyzwaniem, a niemożność opisanie doświadczeń w istotnych dla niej sferach ma zazwyczaj negatywne konsekwencje dla jej emocjonalnego i społecznego funkcjonowania.

6.2. Narracyjne praktyki terapeutyczne

Wyłonienie się konstrukcjonistyczno-narracyjnego paradygmatu, mieszczącego się w szeroko rozumianym ujęciu postmodernistycznym, w radykalny sposób wpłynęło na sposób myślenia o terapii i jej praktyce (Freedman, Combs, 1996; Flaskas, 2002; Chrząstowski, de Barbaro, 2011). Ten złożony proces zmian zarysował się wyraźnie od połowy lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku szczególnie w terapii rodzin. Wśród wybitnych psychoterapeutów, którzy rozwijali konstrukcjonistyczno-narracyjne idee, należy wymienić amerykańskich psychoterapeutów Harry'ego Goolishiana i Harlen Anderson z Galveston Family Institute, Lynn Hoffman z Armherst w Massachusetts, norweskiego psychoterapeutę Toma Andersena, włoskich psychoterapeutów Gianfranco Cecchina i Luigiiego Boscolę, czy wreszcie pochodzącego z Australii Michaela White'a i z Nowej Zelandii Davida Epstona⁴³. Ci ostatni są twórcami terapii narracyjnej, podejścia, które w najbardziej konsekwentny sposób wykorzystuje idee narracyjne.

6.2.1. Nowe znaczenia i metafory

Rozwój konstrukcjonistyczno-narracyjnego paradygmatu skonfrontował psychoterapeutów z koniecznością nowego zdefiniowania podstawowych dla psychoterapii pojęć, jakimi są rozumienie zaburzeń i problemów, zmiana w procesie psychoterapii, rola terapeuty, relacja terapeutyczna. Pojawiły się nowe znaczenia i metafory, inny język opisu. Dotyczyły one szczególnie terapii systemowej, tradycyjnie nastawionej na interweniowanie i aktywność terapeutów, przyjmujących pozycję ekspertów odpowiedzialnych za wprowadzenie zmian w systemie rodzinnym i w funkcjonowaniu jej członków. O ile we wcześniejszym okresie bardzo nośne były metafory cybernetyczne, o tyle teraz najistotniejsze stały się pojęcia: dialog, dyskurs, rozmowy. Oczywiście zawsze w procesie terapeutycznym rozmowa była istotą psychoterapii, niemniej opisanie konstytutywnego znaczenia języka uczyniło analizę słów, rozmowy, dialogu kwestią centralną. Jak piszą Jill Freedman i Gene Combs (1996), metafory, jakich używają terapeuci, wywierają podstawowy wpływ na to,

⁴³ Więcej na ten temat w S. Chrząstowski, B. de Barbaro, *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.

jak spostrzegają oni świat i jak działają. W tym sensie mają one swoją niezaprzeczalną siłę:

(...) używanie narracyjnych metafor prowadzi nas do myślenia o ludzkim życiu jako historiach i do pracy z osobami tak, aby doświadczyły swoich historii życiowych jako znaczących i pełnych. Korzystając z metafor społecznego konstrukcjonizmu, bierzemy pod uwagę, w jaki sposób społeczna, interpersonalna rzeczywistość każdej osoby jest konstruowana w interakcjach z innymi osobami i instytucjami i w jaki sposób wpływa ona na znaczenie, jakie ludzie nadają własnemu życiu (Freedman, Combs, 1996, s. 1).

Stąd pętle cybernetycznych sprzężeń zwrotnych zostały zastąpione pętlami konwersacji, osoby, rodziny ujmowane są jako kultury tworzące opowieści, a relacje rodzinne widziane są jako „twórcze ekspresje tych, którzy współ-zamieszkują wspólnotę interpretacji” (Pare, 1995, s. 13). Wszystkie kultury, osoby oraz rodziny opowiadają opowieści o tym, kim są, kim byli i kim będą, tym samym tworząc swoją narracyjną tożsamość. Ujmowanie osób i rodzin jako kultur pozwala na rozpatrywanie opowieści w szerszym kontekście socjopolityczno-kulturowym: możemy traktować je jako subkultury w szerszej kulturze. Jak już wspomniano, w procesie nadawania sensu własnemu życiu ważne są opowieści kultury, w której żyjemy. Dominujące opowieści kulturowe decydują o tym, jakie zachowania, działania, przeżycia uznamy za istotne, a jakie będziemy minimalizować i marginalizować.

Metaforą, często używaną przez psychoterapeutów narracyjnych, jest metafora mapy. Nawiązuje ona do pracy Alfreda Korzybskiego⁴⁴, analizującej relacje między rzeczywistością a możliwościami poznania tej rzeczywistości. Korzybski wskazując, iż to, jak odbieramy otaczający świat, nie jest tożsamy z rzeczywistością; pisał: „mapa to nie jest terytorium, a nazwa to nie jest rzecz nazwana” (za: Bateson, 1996, s. 47). Pojęcie mapy wydaje się szczególnie użyteczne, gdyż może być wiele map (wersji) tego samego terytorium, które różnią się między sobą, a jednocześnie odnoszą się do tej samej przestrzeni. Ilustrują to słowa Batesona, który zauważa, że

⁴⁴ Warto przypomnieć, że Alfred Korzybski był polskim inżynierem i naukowcem pracującym w Stanach Zjednoczonych, twórcą semantyki ogólnej, koncepcji zakładającej, że wiedza ludzka i jej przekazywanie są ograniczone przez strukturę systemu nerwowego człowieka i strukturę języka. W tym kontekście jego prace są przywoływane przez konstruktywistów i konstrukcjonistów społecznych.

(...) nasza cała wiedza o świecie przyjmuje formę różnych umysłowych map „zewnętrznej” i „obiektywnej rzeczywistości” i różne mapy prowadzą do różnych interpretacji tych „realności”. Żadna mapa nie zawiera wszystkich detali terytorium, które reprezentuje, a zdarzenia, które nie są zamieszczone na mapie, nie istnieją na mapie świata znaczeń (za: Freedman, Combs, 1996, s. 15).

6.2.2. Proces terapii, rozumienie zmiany

Nowe teorie wprowadziły odmienne rozumienie procesu terapii: terapia jest w tym ujęciu rozumiana jako proces współ-tworzenia nowych znaczeń. Problem czy konflikt jest rozpatrywany nie jako rzeczywistość zewnętrzna, ale jako konsekwencja opisów, przypisanych mu znaczeń, na ogół negatywnych, osłabiających jednostkę lub rodzinę. Anderson i Goolishian (1988, s. 381), pisząc o terapii, wskazywali, że:

(...) terapia jest działaniem lingwistycznym, w którym prowadzenie rozmowy o problemie jest procesem rozwijania nowych znaczeń i rozumień. (...) Poprzez rozmowę terapeutyczną ustalone znaczenia i zachowania (sens, jaki ludzie nadają rzeczom i ich działaniom) rozszerzają się, przesuwają i zmieniają.

Anderson swoje działania terapeutyczne określiła jako „relacje oparte na współpracy i rozmowy oparte na dialogu”, podkreślając, iż:

(...) oznacza to rozmowy, w których uczestnicy angażują się „razem z” drugą osobą oraz „razem z” samym sobą – poprzez słowa, znaki, symbole, gesty itp. – we wzajemnym zainteresowaniu: reagując na siebie nawzajem (tzn. komentując, badając, zadając pytania, zastanawiając się, odzwierciedlając, potakując, patrząc itp.) podczas rozmowy na bieżący temat [tłum. G. Baster] (Anderson, 2009, s. 9).

Dialog w jej rozumieniu oznacza interaktywny proces rozumienia drugiej osoby z jej perspektywy. Podkreśla, że wymaga on zaangażowania i uczestnictwa, tworzenia więzi i uczenia się o drugiej osobie od niej samej. Anderson kwestionuje stosowanie wiedzy teoretycznej i praktycznej do rozumienia osoby, gdyż uważa, że dopiero w dialogu można poznać to, co wcześniej było niewidoczne, a co jest „warunkiem wyłonięcia się nowych znaczeń”. Sądzi, że stworzenie przestrzeni na rozmowę opartą na współpracy i dialogu pozwala na pojawienie się „czegoś nowego, co może wyrazić się (...) większym poczuciem podmiotowości, uwolnionym poczuciem tożsamości, nowym sposobem rozumienia siebie, wydarzeń z własnego życia, spotykanych ludzi, a także nowymi

sposobami rozwiązywania wyzwań i dylematów związanych z sytuacją życiową” (Anderson, 2009, s. 10).

Jeszcze bardziej radykalne stanowisko dotyczące rozumienia terapii odnajdujemy w pracach White’a i Epstona. Kwestionowali oni zasadność używania samego słowa terapia:

(...) sądzimy, że słowo terapia jest nieadekwatne w stosunku do naszej pracy. Słownik Penguin Macquarie opisuje terapię „jako leczenie chorób, zaburzeń, defektów poprzez stosowanie medycznych, leczniczych zabiegów”. W naszej pracy nie rozpatrujemy problemów w kategoriach choroby i nie uważamy, że to, co robimy, ma cokolwiek wspólnego z leczeniem (White, Epston, 1990, s. 14)⁴⁵.

Pokazuje to, że praktyki terapeutyczne odwołujące się do konstrukcjonistyczno-narracyjnego paradygmatu zmieniły swoją orientację: podstawą stała się partnerska współpraca i dialog. Pacjenci/klienci są rozumiani w terminach ich twórczych możliwości, sił, które pozwalają im na pokonanie trudności. Centralnym punktem odniesienia staje się to, jak klient interpretuje swoją sytuację życiową, a w rezultacie jak ją konstruuje. Warto jednocześnie podkreślić, że większość wymienianych tutaj psychoterapeutów pracuje z osobami, które mają psychiatryczną diagnozę np. anoreksji, schizofrenii czy depresji. Diagnoza nie stanowi jednak podstawowego opisu, poprzez który spostrzegają oni osoby zgłaszające się z problemami.

6.2.3. Relacja terapeutyczna, osoba terapeuty

Opisywany proces oznacza zarazem zmianę w relacji terapeutycznej. Anderson (2009), podobnie jak i inni konstrukcjoniści, pisze o postawie filozoficznej, która ułatwia psychoterapeucie współtworzenie przestrzeni otwartej na dialog, najistotniejszy w procesie terapii. Wskazuje na pięć aspektów, które kształtują sposób, w jaki terapeuta myśli o pacjencie/kliencie, z którym rozmawia i buduje relację terapeutyczną. Pierwszym z nich jest partnerstwo oparte na wspólnym zainteresowaniu, wzajemnym zaciekawieniu, oznaczające „wzajemne poznawanie się podmiotów”. Nie jest to relacja, w której pacjent/klient jest przedmiotem badania psychoterapeuty, przeciwnie: psychoterapeuta przyjmuje pozy-

⁴⁵ Chociaż White i Epston preferowali pojęcie „praktyka narracyjna” na określenie swoich oddziaływań, to w literaturze przedmiotu i praktyce klinicznej ich podejście funkcjonuje jako terapia narracyjna.

cję uczenia się, oddając pacjentowi/klientowi możliwość decydowania o tym, w jaki sposób i w jakim tempie chce on opowiadać swoją historię, dając zarazem swój czas, refleksję, rzeczywiste zainteresowanie i zaciekawienie, zadając pytania i dzieląc się komentarzami. Bardzo podobnie o relacji terapeutycznej pisze Tom Andersen (1990), podkreślający znaczenie uważności i czasu potrzebnego na rozumienie nie tylko tego, co zachodzi w przestrzeni pomiędzy rozmówcami, lecz także w przestrzeni ich umysłów.

Drugi aspekt dotyczy wiedzy terapeuty na temat budowania relacji. Anderson i Goolishian uważają, że jest to istotny zakres kompetencji terapeuty: jest on „mistrzem konwersacji, architektem dialogu, którego sztuka tworzy i utrzymuje konwersację dialogową” (Anderson, Goolishian, 1988, s. 384). Terapeuta, określany jako „wiodący uczestnik rozmowy”, jest odpowiedzialny „za stałe prowadzenie rozmowy w kierunku dialogowym”. Anderson i Goolishian formułują pogląd, że w opisywanym procesie korzystne jest kwestionowanie wiedzy profesjonalnej terapeuty, rozumianej jako wiedza pewna i obiektywna. Postulują przyjęcie swoistej postawy „nie-wiedzenia”, wskazując, iż dzięki temu pojawia się miejsce na konwersację. Oznacza to, że terapeuta jest świadomy ograniczeń swojego rozumienia pacjenta/klienta oraz swojej wiedzy profesjonalnej, która, zgodnie z konstrukcjonistycznym paradygmatem, ma charakter bardziej lokalny niż uniwersalny. Utrzymanie się w pozycji „nie-wiedzenia” pozostawia zarazem miejsce na uznanie klienta jako eksperta w zakresie własnego życia. W tym sensie poglądy, teorie terapeuty można rozumieć jako opowieść terapeuty, która nie jest uprzywilejowana w stosunku do opowieści klienta. Warto zauważyć, że w podobny sposób o wiedzy terapeuty pisze G. Cecchin (1995), wskazując, że terapeuta powinien zawsze, poważać swoje teorie, bo dzięki temu nie skupia się na ich potwierdzaniu i jest bardziej wrażliwy na to, co mówi pacjent/klient. Nie oznacza to, iż terapeuta nie może dzielić się swoją wiedzą teoretyczną, kliniczną czy doświadczeniem zawodowym, szczególnie jeżeli taka prośba jest do niego kierowana, raczej chodzi tutaj o intencje i odejście od eksperckiej, arbitralnej pozycji terapeuty. Warto podkreślić, że terapeuci są zachęceni do poznania wielu teorii, gdyż pokazuje to różnorodność rozumień, map, a tym samym może stanowić zabezpieczenie przed poszukiwaniem „jedynnej, prawdziwej wersji”.

Kolejnym istotnym zagadnieniem w budowaniu relacji terapeutycznej jest ujawnianie przez terapeutę swoich wewnętrznych dialogów związanych z prowadzoną rozmową. Anderson (2009) podkreśla, że dzielenie się wewnętrznymi dialogami z pacjentem/klientem nie tyl-

ko zwiększa możliwość wzajemnego zrozumienia, ale ma znaczenie w „organizowaniu i formułowaniu myśli”. Rezygnacja z ujawniania wewnętrznych refleksji może skutkować prowadzeniem wewnętrznego monologu i zanikiem dialogu w relacji terapeutycznej. Wielu terapeutów skoncentrowanych na dialogu podkreśla znaczenie procesów zachodzących w intrapsychnym świecie rozmówcy, wskazując, iż refleksji wymaga zarówno wymiana słów i zachowań niewerbalnych w przebiegu terapii, jak również wewnętrznych rozmów zachodzących w „umyśle – przestrzeni wewnętrznej” terapeuty i umysłach jego klientów (Andersen, 1990).

Dalej Anderson zauważa, że proponowany przez nią i innych konstrukcjonistyczno-narracyjnych terapeutów sposób prowadzenia rozmowy wiąże się z niepewnością co do kierunku i celu. Oczywiście kierunek i cel mogą być wstępnie zdefiniowane, niemniej otwarcie się na rozmowę, prowadzenie dialogu, wyłonienie się nowych opowieści – wszystko to sprawia, że mogą się pojawić inne cele, inne „ścieżki wspólnej podróży”. Ta niepewność charakteryzująca proces psychoterapeutyczny jest także związana z procesem zmian, jakie zachodzą w psychoterapie pod wpływem prowadzonej terapii. Bardzo podobnie o terapii pisze Michael White w swojej ostatniej książce *Maps of narrative practice* (2007, s. 4): „to, co się wydarza w trakcie wspólnej podróży, nie jest potwierdzeniem tego, co już znane, ale jest to wyprawa do tego, co jest możliwe, aby ludzie dowiedzieli się o swoim życiu”.

Wreszcie ostatni aspekt, na jaki zwraca uwagę Anderson, odwołując się także do wcześniejszych wspólnych tekstów pisanych z Harrym Goolishianem, to unikanie patologizowania, opisów koncentrujących się na zaburzeniach, dysfunkcjach, które sprowadzają życie osoby do diagnozy psychiatrycznej, psychologicznej. Jak pisze:

(...) nie oznacza to, że nie traktuję diagnozy jako użytecznego narzędzia, chcę jednak podkreślić, że koncentrowanie się na diagnozie lub innych dyskursach mówiących o deficytach może ograniczyć nasze możliwości, jeżeli poprzestaniemy na widzeniu diagnozy, a nie niepowtarzalnego człowieka. Zamiast tego za bardziej pomocne uważam budowanie konwencjonalnych ram rozumienia razem z moimi klientami, które w większym stopniu umożliwiają wzrost poczucia podmiotowości, a także dają większą nadzieję na zmianę w przyszłości. O każdej osobie i rodzinie, z którymi się spotykam, myślę jak o kimś, kogo jeszcze nigdy nie widziałam. Chcę ich poznać, chcę poznać z ich perspektywy sytuację, w jakiej się znajdują, i stworzyć razem z nimi niepowtarzalną odpowiedź na pytanie, z jakim przychodzą na konsultację [tłum. G. Baster] (Anderson, 2009, s. 20).

Psychoterapeuci identyfikujący się z omawianym ujęciem są także szczególnie uwrażliwieni na problematykę władzy, zagadnienia związane ze społeczno-kulturową tożsamością płciową, pochodzenie społeczne i etniczne, refleksje zwrotne dotyczące procesu terapii. Problematyka władzy może się odnosić do uprzywilejowanych dyskursów kulturowych albo dotyczyć relacji w bliskich związkach, powinna być także przedmiotem uważnej refleksji w odniesieniu do danego procesu terapeutycznego. Dla terapeuty musi być ważne, w jakim stopniu proces terapii odzwierciedla kulturowe przekazy dotyczące władzy i jak mogą być one nieświadomie podtrzymywane w prowadzonym procesie.

Inną ważną sferą analiz jest sposób definiowania płci kulturowej osób uczestniczących w terapii: pacjentów/klientów i psychoterapeuty. Podstawowe kwestie, które powinny być podejmowane, to otwarcie się na dialog dotyczący tego, jak konstruowane są relacje związane z płcią kulturową w rodzinie i w procesie terapeutycznym, jak płeć kulturowa wpływa na relacje w związkach, pozycję w rodzinie, podejmowanie decyzji, dostęp do zasobów rodzinnych, możliwości rozwoju, opiekę nad dziećmi czy podział pracy w domu. Z postawą tą związana jest konieczność rozumienia własnych przekonań i uprzedzeń oraz badanie, w jakiej mierze wpływają one na proces terapii, podejmowaną problematykę i zagadnienia związane z płcią. Ta świadomość umożliwi rozpoczęcie rozmowy na temat tego, jak te dwie perspektywy – osób korzystających z terapii i terapeutów – są obecne w spotkaniu i dialogu oraz współkonstruują proces terapii (Jones, 1995; Braverman, 2003).

6.3. Terapia narracyjna Michaela White'a i Davida Epstona

Wśród wielu ujęć mieszczących się nurcie konstrukcjonistyczno-narracyjnym szczególnie intensywny rozwój przeżywa terapia narracyjna, której twórcami są Michael White oraz David Epston. White urodzony i mieszkający w Australii, z wykształcenia pracownik socjalny, niewątpliwie należał do tej grupy kreatywnych, charyzmatycznych praktyków, a zarazem teoretyków, którzy wprowadzali nowe idee i wyznaczyli nowe kierunki terapii. Początkowo pracował w Szpitalu Dziecięcym w Adelaide z pacjentami psychotycznymi. Jego wczesne doświadczenie zawodowe było związane ze studiowaniem i praktykowaniem systemowej terapii rodzin, później swoim zainteresowaniem objął także kulturę, problematykę władzy, języka, narracji, dekonstrukcji. Wspólnie z żoną,

Cheryl White, utworzył w 1983 roku Dulwich Centre, ośrodek, z którym był związany przez całe życie, prowadząc jednocześnie szkolenia z praktyki narracyjnej na całym świecie. Zmarł nagle w 2008 roku, w wieku 59 lat. Był autorem wielu publikacji, z których część napisał z Davidem Epstonem. Łączyła ich bliska przyjaźń, wspólne inspiracje tymi samymi ideami i podobne doświadczenia. Jego była żona Cheryl miała także ogromny wpływ na rozwój praktyki narracyjnej. Nadal prowadzi założone przez siebie w 1984 roku wydawnictwo Dulwich Centre Publications, niezwykle aktywne w publikowaniu tekstów dotyczących podejścia narracyjnego oraz w organizowaniu sympozjów i konferencji.

David Epston, Kanadyjczyk z urodzenia, swoje zawodowe życie związał z Auckland w Nowej Zelandii – prowadził tam Family Therapy Center. Studiował antropologię i socjologię, później pracował jako pracownik socjalny i psychoterapeuta. Jako współtwórca terapii narracyjnej od lat uczy tego ujęcia na całym świecie.

Należałoby tutaj jeszcze wymienić Davida Denborough, zajmującego się problematyką traumy z perspektywy narracyjnej. Warto także podkreślić, że w popularyzowaniu terapii narracyjnej niezwykle ważne były książki innych autorów zainspirowanych pracami White'a i Epstona, np. książka Jill Freedman i Gene'a Combsa: *Narrative Therapy. The Social Construction of Preferred Realities* wydana w 1996 roku.

White i Epston w swoich tekstach odwołują się do prac z dziedziny filozofii, psychologii, antropologii, socjologii, literatury, studiów genderowych. Przede wszystkim odnajdujemy w nich inspirację ideami Jerome'a Brunera (1983) oraz Kena i Mary Gergenów (1984), którzy wskazywali na społeczne konstruowanie rzeczywistości, na znaczenie języka, narracji w nadawaniu sensu doświadczeniom, podtrzymywaniu poczucia ciągłości własnego życia, porządkowaniu wydarzeń życia codziennego i przewidywaniu przyszłości (White, Epston, 1990). Przekonanie o ścisłym związku między sposobem, w jaki osoba opowiada o sobie i o własnym życiu, a rozumieniem i doświadczaniem siebie można uznać za jedno z podstawowych założeń praktyki narracyjnej. Kolejne intelektualne fascynacje były związane z pracami Michela Foucaulta. W tekstach badaczy możemy odnaleźć duży wpływ francuskiego filozofa nauki zajmującego się problematyką władzy, analizą praktyk jej sprawowania, opisami opresji, w jakich znajdują się osoby podzielające pewne przekonania kulturowe. Foucault w swoich historycznych analizach precyzyjnie pokazał, że rozumienie zjawisk społecznych w danych okresach jest zdeterminowane przez obowiązujące dyskursy (Foucault, 1987, 1999). Obiektem jego krytycznej refleksji były instytucje społeczne, w tym szpi-

tal psychiatryczny. Foucault przekonująco opisał, jak profesjonaliści: psychiatrzy, psychologowie, psychoterapeuci zostali upoważnieni przez kulturę do używania wiedzy naukowej poprzez diagnozowanie i klasyfikowanie. W rezultacie proces ten z powodu totalizujących skutków etykietowania i praktyk wykluczających, które towarzyszą diagnozie psychiatrycznej, stanowi nadużycie wobec tych, którzy znajdują się w sferze zainteresowania psychiatrii, a więc pacjentów. Stąd zakres refleksji terapeutycznej jest poszerzony o badanie, czy i w jakim stopniu pacjent może pozostawać we władzy dyskursów podzielanych przez inne osoby i instytucje. Celem dialogu terapeutycznego staje się wówczas także dekonstrukcja „profesjonalnych oddziaływań i procedur”.

Autorzy wprowadzają wiele pojęć istotnych dla rozumienia praktyki narracyjnej, takich jak opowieść dominująca, procesy eksternalizujące, poszukiwanie wyjątków, dekonstrukcja opowieści dominującej i budowanie opowieści alternatywnych, grupa świadków zewnętrznych, dokumenty terapeutyczne.

6.3.1. Opowieść osoby w kontekście terapeutycznym

Punktem wyjścia dla praktyki narracyjnej jest historia, z jaką przychodzi pacjentki/klienci. Na ogół opowiadają o trudnościach, zmartwiegniach, konfliktach, objawach, nie widząc możliwości zmiany tej sytuacji. White (1991) określa tę listę kłopotów jako opis nasycony problemem (*problem-saturated description*) i uważa, że ucieleśniamy on aktualną dominującą historię życia osoby (*dominant story*). Zarazem podkreśla, iż jest to opis rozrzedzony, ubogi (*thin description*⁴⁶), gdyż nie zawiera wielu kontekstów, znaczeń, wewnętrznych sprzeczności, wydarzeń, które mogłyby wprowadzić inne rozumienie sytuacji życiowej osoby. Rezultatem rozrzedzonego opisu są zawężone interpretacje zachowań, uproszczony opis narracyjnej tożsamości. Na przykład „ubogi” opis dziecka może się sprowadzać do tego, że jest „nerwowe i niecierpliwe”, a nastolatki, że jest „anorektyczką”, nie dostrzeżemy zaś całego spektrum ich zachowań ujawnianych w różnych sytuacjach. Dorosły mężczyzna przedstawiający swoje trudności w relacjach może rozumienie siebie zawężyć do słów: „jestem DDA” (dorosłe dziecko alkoholika). Przesłania to możliwość

⁴⁶ White nawiązuje do pojęć wprowadzonych przez antropologa Clifforda Geertza, który wyróżnił opis „ubogi”, „rozrzedzony” (*thin description*), czyli rejestrację zaobserwowanych faktów, i opis gęsty (*thick description*), uwzględniający nie tylko zachowania, ale także ich kontekst.

zobaczenia innych pozytywnych, rozwojowych aspektów własnych doświadczeń, tym samym pozbawia mocy i utrwala w tym dominującym opisie. Utrudnia także rozeznanie, w jakim stopniu rozrzedzone opisy były współtworzone, podtrzymywane przez dyskursy kulturowe, np. koncepcję ADHD czy DDA, wzorce kulturowe dotyczące kobiecości lub męskości. Proces ten jest szczególnie wyraźny, gdy analizujemy sytuację osób, których zachowania zostały poddane procedurze diagnozowania psychiatrycznego. Tożsamość tych osób zostaje stopniowo zawężona do diagnozy, a odpowiedzialność zostaje oddana instytucji i/lub rodzinie. White (1989) podkreśla, że przejście odpowiedzialności za osobę nie rozwiązuje problemu, a jedynie wzmacnia opisany proces, co powoduje, że osoba nazwana pacjentem staje się coraz mniej odpowiedzialna za swoje życie, cele, wybory i zachowania.

Istotnym aspektem dominującej opowieści jest to, iż modeluje ona przyszłość w tym sensie, że oparta jest na przesłankach i oczekiwaniach potwierdzających wcześniejsze przekonania. W ten sposób np. dziecko, które już we wczesnym dzieciństwie jest określone przez rodzinę jako „nerwowe i niecierpliwe”, będzie ostatecznie swoimi zachowaniami potwierdzało tę opowieść o sobie, prezentując czy nawet eksponując te zachowania.

Wysłuchanie opowieści pacjenta/klienta pozwala terapeutę na zadawanie pytań uszczegóławiających historię, poszerzających rozumienie, oceniających konsekwencje trudności, ale też ujawniających zachowania odmienne od dominującej historii, czyli wyjątki (*unique outcomes*). Możemy się np. dowiedzieć o sytuacji, w której dziecko – zwykle bierne – było pełne zapału i wytrwałości. Dzięki temu powstaje tzw. gęsty opis, poszerza się narracyjna tożsamość opisywanych osób, a zarazem jest to wstęp do dalszej pracy, która jest poszukiwaniem opowieści alternatywnych w stosunku do tej dominującej (problemowej) opowieści. Zdaniem White'a (1989, 1991) zachowania różniące się od obowiązującej opowieści, czyli wyjątki, nietypowe wydarzenia, są i przez osobę, i przez jej otoczenie niedostrzegane, bagatelizowane. Oznacza to, że nie zostają one włączone do doświadczenia życiowego i nie modyfikują głównej opowieści. Ich poszukiwanie i rozmowa o tym, w jakich sytuacjach osoba zachowała się inaczej, co temu sprzyjało, jak inni na to zareagowali, jest pokazaniem, iż istnieją alternatywne opisy, wydarzenia, zachowania, które – włączone do opowieści dominującej – mogłyby ją podważyć, zdekonstruować.

Stąd celem terapii narracyjnej staje się analiza i dekonstrukcja tej opowieści, narracji, która powoduje trudności w życiu pacjenta i jego rodziny, w celu „przepisania” jej na nowo (*re-storing*) na opowieść bardziej

wyrażającą potrzeby i możliwości osoby. White i Epston (1990) określają ten proces jako przejęcie autorstwa (*re-authorising*), a więc bycie autorem własnej opowieści, bycie autorem własnego życia. Zakładają, że wcześniej osoba w małym stopniu jest autorem dominującej opowieści. Są nimi rodzice, rodzina, środowisko, nauczyciele, lekarze i kultura. Ich zdaniem istotnym aspektem procesu terapii jest wyposażenie osoby czy rodziny w siłę (*empowering*), która pozwoli jej na stworzenie innych, nowych opisów umożliwiających na wydostanie się z opresji współtworzonych przez stare opowieści.

White i Epston (1990) poprzez odwołanie się do analogii tekstu proponują procedurę, która dekonstruuje narrację wywołującą trudności osoby lub rodziny, a następnie pracuje nad opowieściami alternatywnymi, nowymi w stosunku do poprzedniej. Opisując swoje podejście, zwracają uwagę, że proponowane przez nich procedury dekonstrukcyjne ułatwiają ludziom zdystansowanie się wobec tego stylu życia i myślenia, które jest przez nich oceniane jako wyniszczające ich samych i ich bliskich. Ich zdaniem dekonstrukcję umożliwia postawa ciekawości, zarówno terapeuty, jak i osoby, która korzysta z terapii, „wobec tych wszystkich alternatywnych możliwości bycia inną osobą, mogących się wyłonić w trakcie terapii” (s. 41).

6.3.2. Proces eksternalizacji

Istotnym mechanizmem opisywanej praktyki narracyjnej jest proces eksternalizacji. Eksternalizacja polega na oddzieleniu osoby od objawów i trudności, dzięki czemu problemem stają się objaw i trudność, a nie osoba. White (1989), odwołując się do prac Foucaulta, zwraca uwagę na kulturowe procesy, które czynią jednostkę odpowiedzialną za to, co się jej przydarza, co sprzyja traktowaniu własnej osoby jako problemu. Na przykład współcześnie coraz bardziej popularne staje się założenie, że osoba jest odpowiedzialna za wystąpienie u niej choroby somatycznej. Można to opisać jako proces internalizowania trudności. Eksternalizacja jest procesem odwrotnym: oznacza, że „problemem jest sam problem, co znaczy, iż relacja osoby wobec problemu [a nie sama osoba – przyp. B.J.] staje się problemem” (White, Epston, 1990, s. 40). White i Epston uważają, że łatwiej dokonujemy zmiany, gdy nie myślimy o trudności jako integralnej części swojej osoby. Zarazem oddzielenie problemu od osoby zmniejsza lęk, poczucie winy, wstydu, zwiększa poczucie kontroli. Jak pisze Morgan (2011, s. 24):

(...) rozmowy [eksternalizujące – przyp. B.J.] tworzą kontekst, w którym człowiek doświadcza własnej odrębności od problemu. Problem przestaje określać jego tożsamość albo „prawdę” o tym, kim jest. Często wiąże się to z doświadczeniem ulgi, ponieważ otwiera się przestrzeń, w której można podjąć działanie przeciwko problemowi i wspólną pracę nad przeformułowaniem własnych relacji z problemem.

W przypadku pacjentów z diagnozą psychiatryczną dodatkowym pozytywnym aspektem eksternalizacji jest to, że osłabia negatywne skutki etykietownia, „otwiera możliwość opisanie siebie samych i swoich relacji z nową, niewykłanę w problem perspektywą” (Morgan, 2011, s. 24).

White (1989, 2007) wskazuje, że eksternalizacja jest najbardziej skuteczna, gdy mamy do czynienia z usztywnionym i powtarzającym sposobem opowiadania o sobie i swoim życiu, tak jak to ma miejsce m.in. w przypadku diagnozy psychiatrycznej. Jednocześnie zwraca się uwagę, iż wobec niektórych problemów jest ona niewskazana. Nie należy jej stosować, gdy osoba zgłasza się w kryzysie, gdy doświadcza przemocy fizycznej, psychicznej lub seksualnej (Payne, 2006). Stąd konieczność wnikliwego badania kontekstu i historii życia. White (1989) sugeruje, że w sytuacji, w której osoba doświadcza opresji, eksternalizacja może jedynie dotyczyć przekonań i strategii mogących przyczyniać się do podtrzymywania opresji.

Kłopoty ze stosowaniem eksternalizacji pojawiają się, gdy jest ona używana wybiórczo przez osoby nieopierające się w pracy na konstrukcjonistyczno-narracyjnym paradygmacie. Stąd trudno włączać narracyjne praktyki do tych ujęć, które odwołują się do kategorii dysfunkcyjności i przypisują ją osobie (Payne, 2006).

6.3.3. Nazwanie problemu

Eksternalizacja obejmuje cały proces terapii i odbywa się z użyciem zróżnicowanych technik, takich jak zadawanie specyficznych pytań, stosowanie metafor, wykorzystanie rysunku czy psychodramy.

Pierwszym etapem jest nazwanie tego, z czym zgłasza się osoba lub rodzina. Terapeuta, słuchając wypowiedzi osoby, zachęca ją do nazwania pojedynczym słowem lub krótką frazą tego, co jest trudnością: *Zastanawiam się, jakie byłoby dobre słowo na opisanie tego, o czym pani mówi. Czy coś się pani nasuwa?* Wyobraźmy sobie, że osoba opowiada o trudnościach w porozumieniu się z partnerem, przytaczając przykłady konfliktów i komentując to, co się dzieje w jej relacji, słowami: „(...) i nagle

pojawia się taki mur milczenia”. Ta metafora mogłaby być dobrą nazwą, oczywiście gdyby osoba uznała, iż opisuje ona trafnie sytuację. „Mur milczenia” mógłby dalej być wykorzystywany w zadawanych pytaniach i komentarzach. Na przykład: *Jak ten „Mur milczenia” wpływa na waszą wspólną pracę, sposób wychowywania dzieci? Czy są takie sytuacje, które sprzyjają pojawieniu się „Muru milczenia”?* Czasami proces szukania nazwy trwa dłużej, terapeuta, słuchając wypowiedzi osoby, może czasowo zaproponować jakąś nazwę, sprawdzając, czy osoba uzna jej przydatność. Może powiedzieć: *Zastanawiam się, jak mogłaby pani nazwać ten problem? Kiedy słuchałam, przychodziło na myśl „Poczucie winy”.* *Co o tym pani sądzi?* Gdy trudno jest znaleźć nazwę, można określać problem jako „To” do czasu, aż nazwa się pojawi (Morgan, 2011).

6.3.4. Badanie kontekstu: dekonstrukcja

Eksternalizacja może dotyczyć różnych aspektów: uczuć, zachowań, relacji interpersonalnych, uprzedzeń kulturowych. Może obejmować jednocześnie więcej niż jeden problem. Ważnym aspektem eksternalizacji jest rozeznanie społeczno-kulturowego kontekstu problemu: w jakim stopniu trudność jest podtrzymywana przez przekazy rodzinne, społeczne, kulturowe. Na przykład nastolatek może opisywać siebie jako osobę mało zdolną, która nie odniesie sukcesu w życiu zawodowym. Problem ten mógłby być nazwany jako „Zwątpienie w siebie”. Tymczasem badanie szerszego kontekstu ujawniające bardzo wysokie oczekiwania rodziny dotyczące sukcesów w nauce i przyszłej kariery zawodowej nastolatka wskazywałoby, że interwencja powinna być nastawiona na zmianę w systemie oczekiwań i wartości rodziny. Inaczej w terapii podtrzymywane byłyby opresyjne przekazy, a relacje władzy zostałyby wzmocnione.

Badanie przekonań, wzorców właściwych dla kultury, w której żyje pacjent/klient, jest szczególnie ważnym zadaniem terapii. Jak to pokazał Foucault, dyskursy kulturowe z jednej strony są „niewidzialne”, z drugiej wyznaczają to, co myślimy o sobie, o swoim życiu, zwłaszcza w kategoriach norm i poczucia, w jakim stopniu spełniamy „normatywne” oczekiwania kulturowe. Zanurzeni w kulturze zazwyczaj nie dostrzegamy „działania” dyskursu i jego mocy. Stąd konieczność zadawania pytań, które ujawnią istnienie idei i przesłanek, leżących u podstaw poglądów powiązanych z występowaniem problemu. Przykładowe pytania mogłyby brzmieć: *Czy to jest twoje osobiste przekonanie, że warunkiem odniesienia sukcesu jest poświęcanie się? Czy jest ktoś, kto myśli podobnie jak ty? Czy znasz czaso-*

pisma, programy, które przekazują takie przesłanie? Jaki wpływ mogą one wywierać na ciebie? W jaki sposób one na ciebie działają?

Opisywany proces jest próbą dekonstrukcji kulturowej presji, a zarazem częścią dekonstrukcji opowieści dominującej pacjenta/klienta. White i Epston (1990) podkreślają, że badanie kontekstu jest istotne dla sprawdzenia, czy trudności i objawy nie są powiązane z przemocą.

6.3.5. Personifikacja problemu

Podczas rozmów eksternalizujących przydatna jest personifikacja problemu, ponieważ wzmacnia to oddzielenie osoby od problemu. Stąd zadajemy pytania o sposoby działania problemu, sztuczki i taktyki, jakie stosuje, jego intencje, plany i przekonania, zasady, według których działa. Zastanawiamy się razem z pacjentem/klientem, jakie są jego cele, pragnienia, motywy, jakie stosuje kłamstwa i oszustwa, kto go wspiera. Martin Payne (2006) podkreśla, że gdy traktujemy „problematiczne przekonania, działania, uczucia i odniesienia jako eksternalizowane całości” i stosujemy personifikację, ujawnienie taktyk i strategii problemu wywiera silny skutek dekonstruujący. Przytacza liczne przykłady: „Jak ta złość wkrada się pomiędzy was? Jakie robi podchody, aby was przechrzyć? Jakie są najlepsze momenty, aby się pojawiła? Co ona szepcze ci do ucha? Jak to robi, że jest tak przekonująca?” (s. 53).

6.3.6. Badanie historii problemu i relacji osoby z problemem

Rozmowy eksternalizujące pozwalają także na badanie relacji między osobą a problemem (White, 1989, 2007; Payne, 2006). Może ona dotyczyć przeszłości, sytuacji aktualnej albo przyszłości. Ważna jest refleksja, czy i co osoba chciałaby zmienić w swojej relacji z problemem, czy chce podtrzymać ten związek, czy go zakończyć, czy zmniejszyć jego zakres.

W terapii narracyjnej wyróżnia się kilka kategorii pytań, które są stosowane na różnych etapach procesu terapeutycznego (White, 1989, 2007; White, Epston, 1990; Freedman, Combs, 1996). Część z nich dotyczy historii problemu, np. *Czy pamiętasz, kiedy po raz pierwszy pomyślałaś, że jesteś złą matką? W jakiej to było sytuacji? Czy znałaś inne matki, które czuły się podobnie jak ty i także wpadły w pułapkę złego myślenia o sobie?* Inne pytania badają, w jakim stopniu problem wpływa na życie osoby w różnych sferach: jej uczuć, myśli, zachowań, planów życiowych, ma-

rzeń, podejmowanych działań, relacji rodzinnych, przyjacielskich, spraw zawodowych. Psychoterapeuta może np. powiedzieć: *Zalóżmy, że twoje całe życie wynosi 100%, to jaki procent zajmuje teraz depresja? A jak to było rok temu? Od czego zależy, że raz jest to 50%, a raz 70%?* Dalsze pytania mają na celu oszacowanie, jakie są skutki problemu w konkretnych dziedzinach życia. Możemy np. zapytać: *Jaki wpływ wywiera depresja na twoje relacje z matką? W jaki sposób ogranicza twoje relacje ze znajomymi? Jak wyglądają twoje zainteresowania, odkąd depresja towarzyszy twojemu życiu? Czy coś się zmieniło? Czy spostrzegasz te zmiany jako pozytywne czy negatywne? Które z nich ci odpowiadają? Dlaczego? Które spostrzegasz jako negatywne? Dlaczego?*

Badanie historii problemu oraz stopnia, w jakim wpływa na różne sfery życia i jego konsekwencji pozwala na pełniejsze opisanie dominującej opowieści problemowej. Dzięki temu osoba może sprecyzować, jakich zmian oczekiwałaby w terapii. Te pytania mogą także uruchomić złość na problem, chęć pozbycia się go. W trakcie rozmowy mogą się też pojawić nowe opisy pokazujące inne sposoby radzenia sobie osoby oraz jej zasoby, które mogą być ważne dla konstruowania alternatywnych opowieści.

6.3.7. Wyjątki i poszukiwanie opowieści alternatywnych

Terapeuci narracyjni podkreślają siłę opowieści dominującej, nawet gdy przynosi ona wiele cierpienia. Na przykład kobieta przekonana, że nie zasługuje na miłość, będzie kwestionowała deklarowane jej uczucia, poszukując innego wyjaśnienia zachowań partnera, nie dostrzegając lub minimalizując przejawy okazywanej jej miłości. Prowadzenie rozmów poszerzających i pogłębiających opisy stwarza szanse na pojawienie się w rozmowach wydarzeń, doświadczeń do tej pory niedostrzeganych, niewyrażanych, a odmiennych od dominującej opowieści. Często wyłaniają się one mimochodem, przy opisie innych sytuacji. Zazwyczaj momenty te nie są zauważane przez osobę i dopiero psychoterapeuta ma możliwość dostrzeżenia ich i zaciekawiania się nimi. Te wyjątkowe sytuacje, kiedy osoba „robi coś innego, niż podpowiada jej problem”, budzą szczególną uwagę psychoterapeuty. Można w tym kontekście zadać wiele pytań, np.: *Co pomogło ci nie ulec tej myśli, że spóźnienie się męża na obiad oznacza lekceważenie twojej osoby? Czy możesz mi powiedzieć coś więcej o tej sytuacji, kiedy nie poddałaś się myśli o byciu lekceważoną? Jakie inne uczucia i myśli ci wtedy towarzyszyły?*

White i Epston (1990) wskazują, że odkrycie wyjątków skłania do postawienia wielu pytań zaczynających się od „kto”, „kiedy”, „co”, „gdzie”, które za Brunerem nazywają krajobrazem akcji. Mają one powiązać dane doświadczenie z miejscem, czasem, tak aby czytelna była sekwencja wydarzeń i doświadczeń, dzięki czemu przyjmują one formę opowieści. Pytania psychoterapeuty dotyczą wszystkich okoliczności związanych z wyjątkiem, z działaniami, które mogły go poprzedzać i które miały miejsce po jego wystąpieniu. Możemy pytać np.: *Kiedy to się wydarzyło? Kto był wtedy obecny? Co poprzedzało to wyjątkowe zachowanie? Jakie uczucia i myśli mogły mieć wpływ na to, że to wyjątkowe zachowanie wystąpiło? Co działo się później?*

Potem psychoterapeuta zachęca osobę do zastanowienia się, jakie znaczenie przypisuje temu swojemu wyjątkowemu zachowaniu. Jak odnosi się ono do uczuć, planów, pragnień, systemu wartości, celów życiowych tej osoby? Te pytania pozwalają na opisanie krajobrazu tożsamości (świadomości) osoby. Zadanie tych pytań uświadamia, co jest ważne dla osoby i pozwala rozpoznać motywy działania, poszerza jej rozumienie siebie: uczuć, pragnień, zamierzeń i celów. Jest podstawą do tworzenia alternatywnych opowieści, a zarazem procesem re-autoryzacji, w którym osoba „pisze na nowo” swoją historię życia. Ważnym aspektem tego procesu jest nazwanie nowej wyłaniającej się opowieści, gdyż wzmacnia to kierunek oczekiwanych zmian. Nowa opowieść może mieć np. nazwę „Odzyskanie szacunku do siebie” i być w opozycji wobec wcześniejszej „Nie zasługuję na miłość i uznanie”. W momencie nadania nazwy alternatywnej opowieści możemy zadać wiele pytań badających, jakie skutki wywierałaby ta opowieść na różne sfery życia, podobnie jak to miało miejsce w przypadku opowieści dominującej, np.: *Czy odzyskanie szacunku do siebie wpłynie na twoją pracę? Na twoje relacje z dziećmi? W jaki sposób? Czy jest to, czego oczekujesz?* Dzięki temu osoba ma możliwość sprawdzenia, rozważenia, czy rzeczywiście oczekuje tego właśnie kierunku zmian. Zarazem poprzez rozmowę pojawia się przestrzeń na wzbogacenie tej nowej opowieści, jest ona coraz bardziej powiązana z kontekstem, z innymi osobami, zawiera coraz więcej wątków, a więc opis życia i tożsamości osoby staje się coraz bardziej „bogaty” i „gęsty”.

6.3.8. Wzmacnianie alternatywnej opowieści

White i Epston (1990) wprowadzili liczne techniki wzmacniające proces wyłaniania się alternatywnej opowieści. Należą do nich dokumenty terapeutyczne, certyfikaty, nagrania audio i wideo, rysunki i wcześniej już

wymienione listy. Obok zadawania pytań i prowadzenia rozmów eksternalizujących techniką często przez nich stosowaną jest pisanie listów. White i Epston piszą terapeutyczne listy, aby podkreślić znaczenie nowej opowieści wyłonionej w trakcie sesji terapeutycznej. Są one skierowane do pacjenta/klienta i/lub do ważnych dla niego osób. Potwierdzają wagę wyjątków i tych wcześniej „stłumionych” doświadczeń osoby, które są opisem sukcesów, osiągnięcia czegoś ważnego dla osoby, przełamania trudności. Jak zaznaczają autorzy, proces pisania jest ważny, gdyż opowieść napisana ma większą moc od opowieści wypowiedzianej.

Autorzy piszą także listy zapraszające inne osoby do udziału w spotkaniach terapeutycznych, np. krewnych lub znajomych osoby pracującej nad rozwiązaniem swojego problemu. Może to stanowić fragment pracy nad przywracaniem uczestnictwa (*re-membering*) tych osób w życiu klienta/pacjenta. White podkreśla, że zazwyczaj konsekwencją problemów jest samotność, ograniczenie kontaktów z ważnymi osobami, czasami pomniejszanie znaczenia tych osób. Prowadzenie rozmów przywracających ma na celu zidentyfikowanie tych postaci, które mogą wnieść opisy wspierające nową opowieść. Osoby te mają tworzyć realny lub symboliczny „klub” wspierający osobę (White, Epston, 1990; White, 2007). Rozmowy przywracające mogą mieć różne formy. Psychoterapeuta może np. zapytać: *Kto najbardziej ucieszyłby się z tego, że w tamtej sytuacji postąpiłaś zgodnie ze swoimi potrzebami i nie pozwoliłaś narzucić sobie niekorzystnego rozwiązania? Jak sądzisz, gdyby ta osoba była tutaj na spotkaniu, co powiedziałaaby o twoich umiejętnościach w tym zakresie? Kto jeszcze ucieszyłby się z tej zmiany?* W następnym etapie rozmowy mogą się toczyć w gronie poszerzonym o znaczące osoby: mogą nimi być krewni, przyjaciele, nauczyciele czy sąsiedzi. Konsekwencją rozmów przywracających jest wzbogacenie opisów o osobie, jej tożsamości, wzmocnienie alternatywnej preferowanej opowieści.

Prowadzenie rozmów przywracających uczestnictwo ważnych osób w życiu pacjenta zarówno dekonstruuje dominującą opowieść, otwierając przestrzeń na nową alternatywną, jak i zmienia pozycję terapeuty. Nie jest on osobą centralną (*decentered*) w procesie w terapii – pracując nad przywołaniem znaczących postaci w życiu pacjenta, czyni te osoby i relacje z nimi najbardziej znaczącymi. Jak pisze Payne (2007):

Próbuję zachęcić osobę, aby zidentyfikowała osoby, których wyobrażone głosy mogłyby sobie przywołać, aby jej towarzyszyły. Zapraszam, aby opisała w szczegółach historię i naturę tych relacji. Pytam, czy byłoby możliwe, aby któraś z tych osób była bardziej aktywna w „klubie życia” pacjenta. Cza-

sami wprowadzam metaforę klubu bardziej konkretnie, czasami jako ogólną ideę (s. 173).

Przywracanie osób znaczących pozwala na badanie wpływu tych osób na życie pacjenta w przeszłości i obecnie.

Dokumenty terapeutyczne przybierają różne formy. Mogą to być np. spisane przez pacjenta/klienta zobowiązania w celu podtrzymywania kierunku zmian. Są to też deklaracje, czyli wyrażenie stanowiska, poglądów, zamierzeń, które są przedstawione osobom wspierającym proces zmian. Jeszcze inne to instrukcje, będące z jednej strony listą sposobów, jak nie poddawać się starej destrukcyjnej opowieści, z drugiej listą sposobów podtrzymywania i wzmacniania nowej opowieści. Mogą tam być zebrane przez pacjenta/klienta jego własne przemyślenia, doświadczenia, opisy wyjątków, jego mocnych stron. Nie ma tutaj porad czy wypowiedzi osób profesjonalnie zajmujących się pomaganiem. Przydatne może być także nagrywanie rozmów, a potem dzielenie się nagraniami z pacjentem lub rodziną. W pracy z dziećmi, ale nie tylko, użyteczne może być rysowanie np. relacji pomiędzy osobą a innymi osobami. Można prosić o narysowanie, jak to wygląda obecnie, jak wyglądało w przeszłości. Niekiedy korzystne jest używanie zdjęć – osoba może przynosić zdjęcia, które wyrażają jej obecną sytuację lub sytuację, którą chciałaby osiągnąć (Rober, 2011).

Każdy psychoterapeuta, pamiętając o ogólnych zasadach, nie powinien sztywno trzymać się kolejności opisanych etapów i zadawania pytań. Jak pisze White (2007), są one jedynie mapą, która może być przydatna w „podróży w nieznaną”, jaką jest terapia. Przebieg procesu jest wyznaczony przez to, co wnosi osoba zgłaszająca się. Psychoterapeuta ma podążać za nią, wnosząc twórczy wkład do wspólnie konstruowanej relacji.

6.3.9. Rytuály i ceremonie kończące

Zakończenie terapii lub jej ważnego etapu wiąże się zazwyczaj z wydaniem klientom/pacjentom certyfikatów potwierdzających wyłonienie się nowej opowieści i osiągnięcie nowych umiejętności. Zwracając uwagę, jak ważne w naszej kulturze są wszystkie formalne dokumenty poświadczające nabyte umiejętności, White i Epston uważają, że zjawisko to może być wykorzystane w proponowanej przez siebie praktyce. Ich zdaniem certyfikaty stanowią potwierdzenie zmiany, która wystąpiła w procesie terapii, zarazem zmianę tę utrwalając. Z tych powodów

wręczanie certyfikatów ma charakter uroczysty, dzieje się w obecności innych osób, ma znaczenie symboliczne. W tym ujęciu ceremonie kończące można traktować jako rytuały przejścia z jednej fazy życia do innej. Certyfikaty podkreślają znaczącą rolę osoby w pokonaniu trudności i osiągnięciu sukcesu, wzmacniając tym samym jej poczucie wpływu na własne życie, poczucie odpowiedzialności i możliwości kształtowania relacji z innymi zgodnie z własnymi potrzebami. Poniższy przykład ilustruje formę i styl, jakie zazwyczaj cechują wydawane zaświadczenia (White, Epston, 1990, s. 199):

Zaświadczenie	
Ucieczka od poczucia winy	
To zaświadczenie wręczone Annie jest wyrazem jej zwycięstwa nad poczuciem winy.	
Obecnie poczucie winy nie jest na pierwszym miejscu w życiu Anny, gdyż to ona jest dla siebie najważniejsza. Teraz, kiedy nie jest już osobą obwiniającą się, jest wolna, aby być sobą.	
To zaświadczenie będzie przypominać Annie i innym osobom, że zrezygnowała z podejmowania odpowiedzialności za życie innych osób oraz że nie będzie podatna na zaproszenia, aby przejmować odpowiedzialność za innych, zaniedbując tym samym własne życie.	
Data.....	Podpisano

Ceremonie kończące mogą przybierać różne formy. Mogą mieć charakter bardziej prywatny lub do wzięcia w nich udziału mogą być zaproszone inne osoby (White, 2005). Zapraszanie innych ma podkreślić znaczenie osób wspierających proces zmian. W ten sposób tworzą one swoisty klub – odwołując się do powyższego przykładu byłby to „Klub tych, którzy wspierają Annę w pokonaniu poczucia winy”.

Czasami terapia prawie od początku jest prowadzona w modelu, który zakłada obecność zewnętrznych świadków (*outsider witnesses*). White (2005), nawiązując do prac antropolożki Barbary Myerhoff (1986), nazwał je ceremoniami definiującymi (*definitional ceremonies*). W tak prowadzonej terapii zaproszone osoby – świadkowie, przysłuchują się rozmowom i komentują to, co usłyszeli, dzielą się swoimi refleksjami. Mają także możliwość zadania pytań oraz podzielenia się osobistymi doświadczeniami⁴⁷.

⁴⁷ Praca ze świadkami zewnętrznymi przypomina nieco model zespołu reflektującego Toma Andersena. Jedną z głównych różnic jest to, iż w tym ostatnim osoby przy-

6.4. Anoreksja i bulimia psychiczna w dyskursie narracyjnym

Praktyki narracyjne są coraz szerzej stosowane w rozwiązywaniu rozmaitych problemów u osób w różnym wieku. Prace White'a i Epstona oraz innych autorów pokazują, iż są one skuteczne zarówno w pracy z dziećmi, np. z moczeniem nocnym, *encopresis*, trudnościami w funkcjonowaniu społecznym, jak i w terapii młodzieży i osób dorosłych. Wiele opisów dotyczy anoreksji i bulimii psychicznej, które – jak się wydaje – były przedmiotem szczególnego zainteresowania Michaela White'a, a także Davida Epstona.

Warto zauważyć, że już wczesne publikacje White'a dotyczyły anoreksji. Pierwsze koncentrowały się na analizie międzypokoleniowych przekazów rodzinnych, dotyczących systemu przekonań w rodzinach pacjentek chorujących na anoreksję (White, 1983). Późniejsze rozwijały tę koncepcję, wykorzystując teorię cybernetyczną do rozumienia zjawiska i mechanizmów podtrzymujących anorektyczne zachowania w systemie rodzinnym (White, 1989). W tych pracach White zakładał, iż w rodzinach dziewcząt chorujących na anoreksję występuje „sieć przeświadczeń”, m.in. na temat roli kobiet, rozumienia lojalności i ważności poświęcania się. Rola ta transmitowana przez pokolenia ogranicza wzory relacji wewnątrzrodzinnych i wybory dokonywane przez członków rodziny. Takie wzorce zawężające sposoby rozwiązywania problemów i utrudniające przystosowanie się do nowych sytuacji mogą sprzyjać rozwojowi zachowań anorektycznych u niektórych dziewcząt. W okresie dojrzewania dzieci system sztywnych przekonań wyzwała u członków rodziny lęk przed zmianą i przed możliwą utratą jedności rodziny. Pozostaje to w sprzeczności do potrzeb, indywidualnych różnic, fazy rozwojowej rodziny, utrudnia osiąganie niezależności, samorealizacji. White (1983, 1989) uważał, że niepowodzenia, jakich doświadczają członkowie rodziny w tym zakresie, z jednej strony wpływają na usztywnienie się systemu przekonań, z drugiej na tworzenie tzw. znieczulających interpretacji (*dormitive construction*), które powodują, iż trudności pojawiające się w relacjach rodzinnych mogą być rozumiane jako wyraz niedoskonałości czy nielojalności. Autor traktował anoreksję jako nieświadomy

słuchujące się rozmowie terapeuty z pacjentem lub rodziną, czy tworzące tzw. zespół reflektujący, nie zadają pytań, a jedynie na koniec rozmowy dzielą się swoimi odczuciami. Więcej na temat pracy z zespołem świadków znajduje się w książce S. Chrzastowski, B. de Barbaro, *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.

sposób uwalniania się z sieci podzielanych przeświadczeń: fizyczne „znikanie” pozwala na zawieszenie swej odpowiedzialności. Jest to spójne z przesłanką rodzinną: „Bądź sobą poprzez rezygnację z siebie”, będącą w istocie, jak mówił White, podstępny paradoksem, gdyż może się łatwo przekształcić w przesłankę podzielaną przez pacjenta: „Samorealizuj się przez anoreksję” lub „Żyj w anorektyczny sposób”.

Łatwo dostrzec, że zarysowane powyżej wczesne poglądy White’a pozostają pod wpływem klasycznego systemowego myślenia, wiążącego objawy psychopatologiczne z funkcjonowaniem rodziny. Jednocześnie pojawiają się w nich także elementy narracyjne wyrażające się w przeświadczeniu o ważności przekonań i interpretacji konstruujących rzeczywistość rodzinną. W późniejszym okresie White odchodzi od klasycznego systemowego myślenia na rzecz konsekwentnej conceptualizacji anoreksji i bulimii jako opowieści dominującej współkonstruowanej przez różne dyskursy, w tym kulturowe.

Interesujące rozwinięcie podejścia narracyjnego w odniesieniu do omawianej problematyki odnajdujemy w książce *Biting the hand that starves you. Inspiring resistance to anorexia/bulimia* wydanej w 2004 roku przez Davida Epstona wspólnie z Richardem Maiselem oraz Ali Borden. Autorzy pokazują w niej, w jaki sposób anoreksja i bulimia⁴⁸ uwodzą i więżą młode dziewczęta i kobiety. Jak piszą:

Anoreksja nie wymaga stalowych prętów kolczastych drutów, aby ludzi uwięzić i zagłodzić (...). Nie potrzebuje broni, miecza ani pięści, aby trzymać kogoś na uwięzi, aby zadawać ból, nie potrzebuje tradycyjnych narzędzi tortur. Uwodzenie, uwięzienie, torturowanie i mordowanie kobiet dokonuje się poprzez jej głos i retoryczne strategie, które wpływają na to, jak kobiety postrzegają siebie, swoje ciała i świat wokół nich (Maisel i in., 2004, s. 21).

Autorzy podkreślają, że anoreksja/bulimia używa dwóch podstawowych sposobów uwodzenia, do których należą wzbudzanie poczucia winy oraz wykorzystywanie i zawłaszczanie nadziei i marzeń. Ich zdaniem ta pierwsza strategia anoreksji/bulimii działa w sposób ukryty: „anoreksja/bulimia woli, aby kobiety nie dostrzegały, że w wyniku jej działania czują się one gorzej, podczas gdy deklaruje, iż będą się czuły lepiej”. Badacze wiele miejsca poświęcają opisowi kultury, która czyniąc szczupłość i piękno synonimem wartości, samodyscypliny, samokontroli, sukcesu, czyni kobiety podatnymi na anoreksję/bulimię. Identyfikują liczne czynniki, które współtworzą kontekst sprzyjający anoreksji/bu-

⁴⁸ Autorzy nie różnicują anoreksji i bulimii w sensie ich mechanizmów działania i aby to podkreślić, w książce posługują się określeniem anoreksja/bulimia.

limii. Wśród nich wyróżniają środowisko nastawione na współzawodnictwo i rywalizację, aktywności zachęcające do samo-poświęcania się, relacje, w których dominuje krytycyzm, pomniejszanie i nacisk na perfekcjonizm, wydarzenia, w których młoda dziewczyna czuje się pozbawiana kontroli, czy też doświadcza przytłaczających emocji. Wskazują na środowisko rodzinne, które preferuje wysokie osiągnięcia, perfekcjonizm, szczupłość, a w przypadku braku osiągnięć sprzyja przeżywaniu poczucia winy. Piszą o różnych znaczeniach anoreksji/bulimii: „anoreksja/bulimia zakrada się, oferując swoją pomoc w spełnianiu tych wymagań [rodziny, kulturowych – przyp. B.J.]” (s. 24), „anoreksja może być również postrzegana jako schronienie dla kobiet, którym trudno jest określić się” (s. 26), „anoreksja/bulimia może zwracać się do osoby, oferując jej zakotwiczenie w czymś, co jest natychmiastowe, kontrolowalne, zapewniając w ten sposób „osiągnięcie”, które może chwilowo zwiększyć jej zaufanie do siebie bez konieczności konfrontacji z obawami” (s. 27).

Warto zarazem zaznaczyć, że badacze, podobnie jak White, nie kwestionują innych, niż narracyjne, podejść do anoreksji i bulimii. Jak podkreślają, ich rozumienie jest jedną z map, metafor, jakich możemy użyć w próbach rozumienia obu zjawisk (White, 2007; Maisel i in., 2004).

Zaletą podejścia narracyjnego jest to, iż pozwala na bardzo spójne włączenie do procesu terapii tych aspektów kultury, które wydają się istotne w rozwoju obu zjawisk. Terapeuci narracyjni, uwrażliwieni na analizowanie dominujących dyskursów kulturowych, podzielają poglądy sformułowane w ramach studiów feministycznych, genderowych i socjologicznych, podkreślających opresyjne aspekty współczesnego modelu urody kobiecej, ideału szczupłości. Dostrzegają wewnętrzne sprzeczności kultury, znaczenie ciała w definiowaniu tożsamości jednostkowej, co stanowi szczególnie wyzwanie dla młodych dziewcząt i kobiet. Nie przypadkiem więc w terapii ważny jest proces badania i identyfikacja narracji kulturowych w myśleniu osoby.

6.4.1. Anoreksja i bulimia jako opowieść dominująca a konteksty zgłoszenia na terapię

W podejściu narracyjnym anoreksja jest ujmowana jako dominująca opowieść, której stopniowo zostaje podporządkowane życie pacjentki i jej rodziny. Klinicyści znają dobrze te sytuacje, kiedy życie członków rodziny i rozmowy koncentrują się prawie wyłącznie na szczegółach związanych z posiłkami, ich składem, ilością, kalorycznością oraz powiązanymi z nimi

zachowaniami, podczas gdy inne kwestie przestają być obecne. Niekiedy można odnieść wrażenie, że wszyscy członkowie rodziny „mają” anoreksję. Zgodnie z założeniami podejścia narracyjnego zmiana może nastąpić, gdy ta dominująca opowieść zostanie zdekonstruowana i zastąpiona nową. Jak pamiętamy, kluczowy jest tutaj proces eksternalizacji, czyli oddzielania pacjentki od anoreksji lub bulimii.

I tutaj pojawia się pytanie: z jaką opowieścią zgłasza się do nas pacjentka? Czasami ona sama mówi, że „ma” anoreksję albo „jest anorektyczką”, a rodzina podziela jej zdanie. Ta pozycja umożliwia rozpoczęcie narracyjnej pracy według zasad opisanych wcześniej. Często jednak nastolatka zostaje przyprowadzona przez rodziców, po konsultacji psychiatrycznej otrzymujących potwierdzenie diagnozy anoreksji, którą podejrzewali, ale sama pacjentka zaprzecza problemowi z jedzeniem lub go minimalizuje. Trudno wówczas rozpocząć terapię, nie tylko zresztą narracyjną, jeżeli osoba zgłoszona jako pacjent „nie ma problemu”. Co wówczas możemy zrobić? Terapeuci narracyjni przedstawiający swoją pracę z pacjentkami z anoreksją w zasadzie nie odnoszą się do tej kwestii. Bardzo szczegółowo przytaczają dalsze etapy terapii, ogólnie pomijając ten podstawowy aspekt, w istocie wynikający z obrazu klinicznego anoreksji. Zaburzony obraz ciała, poczucie winy i lęku związane z jedzeniem, zaburzenia na poziomie somatycznym sprawiają, iż duża część pacjentek nie dostrzega trudności, tym samym nie odczuwa potrzeby korzystania z terapii. Przeciwnie, zmiany, o których mówią rodzice, utrata masy ciała stanowi dla niej osiągnięcie, z którego nie chce zrezygnować.

W przypadku bulimii pacjentki w większym stopniu dostrzegają kryterialne objawy zaburzenia, takie jak napady jedzenia, wymiotowanie. Jednak na poziomie przeżywania ciała i znaczenia, jakie jest przypisywane szczupłości oraz spożywanym pokarmom, bliskie są pacjentkom z anoreksją. Zazwyczaj zgłaszając się na terapię same, jeżeli są dorosłe, lub z rodzicami, mówią o tym, że „mają” bulimię lub „są bulimiczkami”. Szczególnie to ostatnie określenie uwidacznia głębszy poziom internalizacji problemu związanego z przeżywaniem siebie, swojego ciała oraz jedzenia.

6.4.2. Identyfikacja i nazwanie problemu: narracja pacjenta, rodziny i terapeuty. Doświadczenia własne

W terapii narracyjnej najważniejsza jest identyfikacja i nazwanie problemu przez pacjentkę. W przypadku anoreksji, jak to zaznaczono powyżej, jest to szczególnie trudne. Wieloletnie doświadczenia, inspiracja prakty-

kami narracyjnymi, a zarazem konfrontacja z zaprzeczaniem i minimalizowaniem trudności skłoniły mnie do wypracowania własnego podejścia, jak rozpocząć pracę z nastoletnimi pacjentkami z zaburzeniami odżywiania, szczególnie z rozpoznaniem anoreksji. Wynika ono także z kontekstu instytucjonalnego miejsca, w którym pracuję. Jest to Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii UJ CM. Pacjentka po zgłoszeniu się jest konsultowana psychiatrycznie, a po postawieniu diagnozy kierowana do odpowiedniej agendy kliniki w celu podjęcia właściwego leczenia. Jedną z takich agend jest Ambulatorium Terapii Rodzin (ATR), w którym prowadzi się leczenie ambulatoryjne oparte na współpracy z rodziną pacjentki. Rodzice po konsultacji psychiatrycznej córki, postawieniu diagnozy, umawiają się na spotkanie konsultacyjne w ATR, w którym biorą udział pacjentka i mieszkająca z nią rodzina. Warto podkreślić, że w ATR w terapii zaburzeń odżywiania wykorzystuje się różne ujęcia terapii rodzin: strukturalne, transgeneracyjne, strategiczne, komunikacyjne, w tym elementy terapii narracyjnej⁴⁹. Terapia rodzinna jest częścią kompleksowego modelu leczenia, co oznacza, iż pacjentka korzysta z konsultacji psychiatrycznej, somatycznej, leczenia farmakologicznego, a także, jeżeli jest to wskazane, terapii indywidualnej.

Konsultacja rodzinna ma kilka celów. Podstawowym jest nawiązanie relacji z pacjentką i jej rodziną, budowanie wzajemnego zaufania i zrozumienia, tak aby możliwe było sformułowanie kontraktu terapeutycznego. Kolejne, nie mniej ważne, to poznanie, jak pacjentka i jej bliscy rozumieją anoreksję, co ona dla nich oznacza, w jakim kontekście pojawiły się pierwsze trudności, jak narastały objawy.

W trakcie tej konsultacji dochodzi do spotkania, zderzenia opowieści pacjenta, rodziny i terapeuty. O ile opowieści pacjentek są na ogół zróżnicowane, o tyle w opowieściach rodziców pojawiają się zbliżone wątki. Większość rodziców mówi o niezrozumieniu zachowań córki, o lęku, jaki wzbudzają jej zachowania, o swoim zagubieniu i bezsilności, o tym, jak całe życie rodziny toczy się wokół anoreksji. Nie oznacza to, że oboje rodzice mają wspólną opinię i w podobny sposób są zaangażowani. Niekiedy tak się zdarza, ale często to jeden rodzic jest szczególnie skoncentrowany na sprawach córki, przeżywa lęk o jej zdrowie i życie, podczas gdy drugi jest bardziej wycofany, nie dostrzega zagrożenia, w mniejszym stopniu spostrzega zachowanie córki w kategoriach choroby.

⁴⁹ Należy zaznaczyć, że psychoterapeuci pracujący w ATR różnią się stopniem, w jakim wykorzystują idee narracyjne w prowadzeniu terapii rodzinnej i indywidualnej.

Opowieści pacjentek różnią się między sobą. Niektóre niechętnie rozmawiają, przymuszone przez rodzinę do przyścia, traktują spotkanie jako jednorazową wizytę, którą należy przeczekać. Inne pacjentki potwierdzają, że mają problem z jedzeniem, chociaż go pomniejszają, dodając, że jest on pod ich kontrolą i będzie przez nie wkrótce rozwiązany. Jeszcze inna grupa pacjentek potwierdza opis rodziców i wymienia swoje trudności. Czasami mówią one o swojej bezsilności w związku objawami i pragnieniu powrotu do sytuacji sprzed zachorowania („Chciałbym się obudzić i aby się okazało, że to wszystko minęło”).

Psychoterapeuta dysponuje swoją własną opowieścią, wynikającą z jego orientacji teoretycznej, doświadczeń zawodowych i osobistych. Język jego opowieści może być systemowy, psychodynamiczny, medyczny, eklektyczny. Pierwsza rodzinna sesja konsultacyjna może być rozumiana jako miejsce nagłośnienia narracji wszystkich uczestników spotkania. Jej istotą jest dzielenie się znaczeniami, jakie każdy z uczestników rozmowy, w tym psychoterapeuta, nadaje temu doświadczeniu, którym jest anoreksja, w celu szukania wspólnych i odmiennych punktów. W tym procesie istotne jest zrozumienie perspektywy pacjentki: badanie, w jakim momencie, w jaki sposób, w jakich okolicznościach anoreksja dołączyła się do jej życia. Określenie, zidentyfikowanie tych aspektów stanowi podstawę motywowania jej do terapii, budowania kontraktu terapeutycznego. Jednocześnie pozwala na wstępne zarysowanie tych aspektów, które w przeżyciu mają dla pacjentki znaczenie pozytywne. Opisanie ich ułatwia zrozumienie mechanizmów podtrzymujących proces chorowania, a zarazem rozumienie dylematów pacjentki, która zazwyczaj jest przywiązana do swojego „anorektycznego stylu życia”.

Zaproszeniem do badania znaczenia anoreksji może być następujące stwierdzenie psychoterapeuty: *Rodzice nazywają to, co się z tobą dzieje, anoreksją, lekarka, z którą rozmawiałaś, skierowała cię do nas także z takim rozpoznaniem. Czy o tym wiesz? Czy się zgadzasz z tym opisem? Jak je rozumiesz? Co kryje się dla ciebie pod słowem „anoreksja”?*

Odpowiedzi pacjentki będą wyznaczały sposób dalszej rozmowy, której celem jest zrozumienie mapy pacjentki, poznanie, jak ona określa swoją trudność. Może np. odpowiedzieć, że rzeczywiście je mniej i mniej waży, ale to nie jest anoreksja. Te dalsze pytania będą dotyczyły tego, jak ona nazywa tę zmianę, jak ją sobie wyjaśnia, w jakim kontekście rozpoczął się proces zmiany. Poniżej przytoczona rozmowa przybliży ten etap pracy.

Fragment rozmowy z 14-letnią Zosią w trakcie konsultacji rodzinnej.

Psychoterapeutka: Zosiu chciałabym, abyśmy porozmawiali o tym, co powiedzieli przed chwilą rodzice. Możemy? Twój tato, ale też mama, powiedział, że mniej więcej od 7 miesięcy zmieniłaś swoje zachowanie, bardzo ograniczasz jedzenie, ważysz 11 kg mniej i stale spadasz z wagi. Uważa, że to, co się z tobą dzieje, nie jest już odchudzaniem, które planowałaś, ale anoreksją. Pani doktor, z którą rozmawiałaś, potwierdziła obawy rodziców i skierowała cię do nas z rozpoznaniem anoreksji. Chciałabym cię zapytać, czy wiesz o tym?

Zosia: Tak.

Psychoterapeutka: To co o tym sądzisz? Czy zgadzasz się z tym rozpoznaniem?

Zosia: Nie, nie bardzo..., nie mam anoreksji.

Psychoterapeutka: Rodzice powiedzieli o zmianie, ważysz rzeczywiście mniej..., to jak ty rozumiesz to, co się z tobą dzieje? Jak sobie to wyjaśniasz?

Zosia: Po prostu miałam nadwagę, nie chciałam tak wyglądać..., tato przesadza, myśli, że będę jadła tyle co on...

Psychoterapeutka: Czy to oznacza, że ty sama nie czujesz, żebyś miała jakąś trudność. Nic byś nie zmieniała w tym, jak się czujesz i co robisz?

Zosia: No... nie... Coś..., coś jest nie tak.

Psychoterapeutka: Co jest „nie tak”? Na czym to polega?

Zosia: Może rzeczywiście za bardzo się denerwuję, jak mam coś zjeść..., strasznie mnie denerwuje, jak tato wchodzi do kuchni albo jak stale mnie pyta, „co jadłaś?...” zmusza mnie do jedzenia. Albo robi to, co dawniej lubiłam, i tak mnie kusi, tak mi podstawia, a wie, że jak coś zjem, to później jestem tak bardzo rozdrażniona, nie mogę się uczyć... To bardzo mnie denerwuje, nie mogę się skupić, czytam wtedy kilka razy to samo.

Psychoterapeutka: Możesz opisać bliżej to rozdrażnienie, na czym polega?

Zosia: No..., bo zjem, a miałam nie jeść. Więc myślenie – niepotrzebnie to zjadłam, muszę coś z tym zrobić..., ale co mogę zrobić, jak mam się uczyć, mam dużo lekcji... A oni za chwilę znowu: zjedz coś. A widzą, że przecież byłam za gruba i że zaraz znowu się to zacznie... Ale nie, tylko jedz i jedz.

Psychoterapeutka: Czy dobrze to usłyszałam, że jesteś rozdrażniona, bo czujesz obawę, że zaraz po jedzeniu będziesz gruba – mimo że jesteś wychudzona?

Zosia: Tak.

Psychoterapeutka: Twój tato powiedział, że od 7 miesięcy wprowadziłaś wiele zmian, od okresu Świąt Wielkanocnych. Zgadzasz się z tą obserwacją? Jak ty to widzisz?

Zosia: No... nie do końca tak. To się zaczęło wcześniej... właściwie na obozie.

Psychoterapeutka: To jak to się zaczęło? Na jakim obozie?

Zosia: No... byłam na obozie narciarskim, na Słowacji...

Psychoterapeutka: Byłaś ze znajomymi?

Zosia: Nie... to znaczy byłam z jedną koleżanką z klasy, ale nie... po prostu chciałam jechać na narty w czasie ferii, a rodzice wtedy nie mogli wziąć urlopu.

Więc wykupili mi ten obóz..., namówiłam moją koleżankę i pojechałyśmy. Na początku było fajnie..., ale później...

Psychoterapeutka: Było coś trudnego?

Zosia: No... tak. Na początku dobrze się tam czułam, ale później wszyscy mnie wyśmiali, to już nie.

Psychoterapeutka: Co to znaczy, że cię wyśmiali?

Zosia: Była taka sytuacja, że Anka, taka dziewczyna, która też tam była, chciała pożyczyć od kogoś spodnie narciarskie, bo chciała jeszcze po południu jeździć, a jej były mokre, więc powiedziałam jej – weź moje, są w pokoju, bo ja już nie szłam na stok. I ona wróciła w tych spodniach i zaczęła pokazywać, tak chodzić po jadalni, że na nią są za duże i powiedziała, że na szczęście nie ma takiego dużego tyłka, jak ja... i wszyscy zaczęli się śmiać. To było okropne...

Psychoterapeutka: Jak się poczułaś?

Zosia: To było okropne, upokarzające. Właściwie to chciałam stamtąd od razu wyjechać, ale nie mogłam sama wyjechać, poczułam się beznadziejna, za gruba.

Psychoterapeutka: Czy wtedy zaczęłaś ograniczać jedzenie?

Zosia: Tak, pomyślałam, niech zobaczą, że jem mało. Nie mogłam przy nich jeść. Chciałam być chudsza.

W trakcie rozmowy korzystne jest stworzenie graficznej mapy zawierającej wydarzenia, zachowania, uczucia oraz objawy nanoszone na oś czasu. Pozwala to wstępnie zidentyfikować związek pomiędzy przeżyciami, sytuacjami, które wiązały się z doświadczaniem niezadowolenia z siebie, z własnego życia, z pragnieniem zmiany, która przybrała formę decyzji o ograniczeniu jedzenia. Dalej umożliwia zarysowanie procesu, w którym ograniczenie jedzenia było realizowane i jakie towarzyszyły temu uczucia, zachowania. Istotnym aspektem jest zidentyfikowanie momentu, w którym pacjentka była zadowolona z zachodzących zmian, a następnie rozmowa o tym, jak rozumie, że nie udało się jej zatrzymać w tym optymalnym według niej punkcie, czyli jak wyjaśnia sobie postępującą utratę masy ciała. Zazwyczaj w tak prowadzonej rozmowie pojawiają się opisy świadczące o utracie kontroli nad jedzeniem, o objawach lęku, poczucia winy, koncentracji na jedzeniu: „Chciałam utrzymać tę wagę, ale nie mogłam już nic zmienić w jedzeniu, wydawało mi się, że stale jem za dużo”, „Nie wiem, jak to się stało, że tyle ważę teraz, po prostu jakoś wymknęło mi się spod kontroli”, „Chciałam już nawet jeść więcej, ale po zjedzeniu czułam się okropnie, czułam, jak tyję, nie mogłam tego znieść”, „Jak już coś zjadałam, to bardzo się męczyłam, płakałam, wiedziałam, że zjadłam za dużo, mówiłam sobie, jak mogłaś tyle zjeść, miałam wyrzuty sumienia”.

Na tym etapie jest ważne, aby psychoterapeuta podzielił się swoim rozumieniem anoreksji i odniósł swoją mapę do mapy pacjentki, sprawdzając, w jakim zakresie jest ona podzielana przez pacjentkę oraz jej rodzinę. Może np. powiedzieć: *Mówiłaś, jak bałaś się jeść więcej, bo później miałaś wyrzuty sumienia, mówiłaś także, że stale liczysz kalorie, że mimo iż wiesz, że ważysz mało, to czujesz się za gruba. Z kolei wcześniej powiedziałaś, że nie masz anoreksji, bo anorektyczki nie jedzą słodczy, a ty od czasu do czasu jesz coś słodkiego. Z mojej perspektywy to, co powiedziałaś o lękach, poczuciu winy, myśleniu o kaloriach, utracie wagi, to jest właśnie anoreksja. Co sądzisz o tym?* Pacjentka w wyniku pytań może odkryć, że to, czego doświadcza, jest spójne z opisem anoreksji. Jeżeli nie podziela tego poglądu, można ją zapytać: *Jak w takim razie ty nazywasz to, co przeżywasz?* Pacjentka może to nazwać np. „uporczywe myśli, by nie jeść”. Można wówczas przyjąć tę nazwę problemu i nią się posługiwać, a na późniejszym etapie sprawdzać, czy doszło do zmiany znaczenia.

Rezultatem procesu zadawania pytań, rysownia mapy jest identyfikacja i wstępne nazwanie problemu. Następnie można poprosić pacjentkę, aby wyobraziła sobie, że okrąg rysowany przez psychoterapeutę na tablicy stanowi przestrzeń jej umysłu, i zastanowiła się, ile procent tego okręgu zajmuje pacjentka, a ile to, co w rozmowie zostało określone jako anoreksja (lub nazwany przez pacjentkę problem). Później możemy poprosić o dokonanie oszacowania przez członków rodziny pacjentki. Co ciekawe, zdecydowana większość pacjentek podaje bardzo wysoki procent przestrzeni, którą problem zajmuje – na ogół jest to między 70 a 80%. Dalsze pytania dotyczą tego, czy to pacjentce odpowiada, czy to ją martwi, czy zgadza się, aby tak było, czy chciałaby „odzyskać część terytorium zajętego przez anoreksję”, czy jest tym zainteresowana. Pacjentka i rodzina są zachęceni do zastanawiania się, co osłabia, a co wzmacnia anoreksję, co wzmacnia, a co osłabia pacjentkę w walce z anoreksją: jakie sytuacje, myśli, rozmowy, działania.

W tej fazie rozmowy psychoterapeuta dokonuje procesu eksternalizacji, który jest kontynuowany podczas dalszych sesji. Oddzielanie pacjentki od problemu pozwala na wstępne skonstruowanie kontraktu terapeutycznego, gdyż umożliwia pacjentce dostrzeżenie siebie jako odrębnej od problemu, przynajmniej w jakimś zakresie. Opisany proces jest niezwykle ważny dla rodziny pacjentki, zazwyczaj zagubionej i nierozumiejącej postępowania pacjentki sprzecznego z jej zachowaniami sprzed okresu zachorowania. Dzięki rozpoczęciu procesu eksternalizacji bliscy pacjentki zaczynają ją oddzielać od anoreksji (problemu), koncentrują się na tym, co dodaje sił pacjentce, a co osłabia anoreksję.

Przedstawiony powyżej etap identyfikowania i nazywania problemu może być wkomponowany w różne modele terapii, służąc wówczas głównie motywowaniu pacjentki i ułatwiając sformułowanie kontraktu. Jako etap procesu terapii narracyjnej może być kontynuowany zgodnie z zasadami wypracowanymi w ramach tego ujęcia.

6.4.3. Proces terapii narracyjnej

Jak podkreślają White i Epston (1990), proces eksternalizacji może być wzmocniony przez zadawanie pytań z użyciem metafor, przez personifikację problemu. Nazwanie anoreksji potworem pozwala np. zadawać pytania, takie jak: *Kiedy ten potwór wygrywa z tobą, a kiedy ty wygrywasz z nim? Jakich sposobów używa on do walki z tobą, jakich sposobów ty używasz do walki z nim?* Inne metaforyczne określenia, które z powodzeniem mogą być stosowane, to np. sidła, więzienie.

Budowanie zaufania, wzmacnianie motywacji sprawiają, że można kontynuować pracę, korzystając z założeń i technik podejścia narracyjnego. Podstawowym celem będzie dekonstrukcja anoreksji/bulimii i poszukiwanie wspólnie z pacjentką i jej rodziną innych opisów wyrażających możliwości i doświadczenia pacjentki. Tak jak to przedstawiono w części dotyczącej przebiegu terapii narracyjnej, pytania, wokół których skonstruowane są dalsze sesje, dotyczą historii anoreksji/bulimii, relacji pacjentki z anoreksją/bulimią oraz identyfikacji wyjątków, kiedy pacjentka zrobiła coś innego, niż podpowiadał jej problem. Dalej pytania są ogniskowane na poszukiwaniu opowieści alternatywnych, dekonstrukcji opowieści problemowej, wzmacnianiu opowieści alternatywnej. Jak już zaznaczono, w procesie eksternalizacji problemu mogą być użyteczne różnorodne techniki terapeutyczne. Oprócz wymienionych wcześniej rozmów eksternalizujących, wykorzystania metafor, pisanie listów, wydawania zaświadczeń, pomocne mogą być np. techniki psychodramy czy techniki rysunkowe.

Psychodrama jest podejściem, a zarazem metodą, z założenia koncentrującą się na dokonaniu eksternalizacji tego, co uwewnętrznione (Bieleńska, 2002, 2009). Samo podjęcie psychodramy ma swoją długą historię, bogate korzenie i wiele klinicznych zastosowań⁵⁰. Psychodra-

⁵⁰ Osobom zainteresowanym można polecić monografię pod redakcją Anny Bieleńskiej, *Psychodrama*, Eneteia, Warszawa 2009, poświęconą teorii i praktyce psychodramy. Przedstawia ona m.in. zastosowanie psychodramy w psychoterapii różnych zaburzeń emocjonalnych i psychicznych, w tym anoreksji psychicznej.

ma bywa stosowana w terapii anoreksji i bulimii psychicznej prowadzonej w modelu psychodynamicznym (Izydorczyk, 2011). W podejściu narracyjnym użyteczna jest technika zamiany ról. Proces eksternalizacji anoreksji/bulimii może być przyspieszony przez pracę, w której pacjentka np. rozmawia ze swoją anoreksją/bulimią (lub z którymś z jej objawów) z pozycji choroby. Podobnie techniki rysunkowe, np. poproszenie pacjentki, aby narysowała siebie i problem, mają mocny akcent eksternalizacyjny, a zarazem wnoszą bardzo istotne informacje o relacji między pacjentką a problemem. Jeszcze inną przydatną techniką jest napisanie przez pacjentkę listu do anoreksji/bulimii jako przyjaciela oraz napisanie listu do anoreksji/bulimii jako wroga. Pozwala to wspólnie z pacjentką oszacować korzyści i szkody, jakie się wiążą z anoreksją/bulimią oraz rozpoznać, w jakie potrzeby, pragnienia oraz trudności jest ona wkomponowana. Rezultatem może być budowanie nowej motywacji do zmiany oraz poszukiwanie innych sposobów zaspokojenia potrzeb i realizowania pragnień.

Teksty Michaela White'a, także te pisane wspólnie z Davidem Epstonem, zawierają wiele kategorii pytań, które są przydatne na różnych etapach pracy narracyjnej (White, 1989; White, Epston, 1990; White, 2007). Liczne użyteczne przykłady odnajdujemy również w pracach innych autorów, np. w książce Jill Freedman i Gene'a Combsa (1996) czy publikacji Martina Payne'a (2006). Poniżej, w wolnym tłumaczeniu i zmodyfikowane tak, aby odnosiły się do problemu anoreksji i bulimii, zostały przytoczone niektóre z pytań zamieszczonych w publikacjach tych autorów.

Jak wiadomo, historia pytań o relacjach pozwala ujawnić praktyki i wiedzę, które są głęboko zakorzenione i stąd uważane za oczywiste. Pomocne mogą być tutaj następujące pytania: *W jaki sposób zostałaś schwyta-
tana w pułapkę takiego myślenia o sobie? Czy znasz inne osoby, którym
także to się przydarzyło? Jakie doświadczenia z przeszłości mogą zachęcać
cię do takiego przeżywania siebie?*

Z kolei celem pytań dotyczących kontekstu jest rozpoznanie tych aspektów kultury, dyskursów, przekonań, które wspierają narrację anoreksji/bulimii. Przydatne pytania to np.: *Czy są takie miejsca, gdzie
jest bardziej prawdopodobne, że będziesz więcej myślała o objadaniu się
i planowała wymiotowanie? Co i kto w twoim życiu wspiera twoje przekonanie,
że wygląd jest najważniejszy? Kto korzysta z takiego sposobu twojego
reagowania? Czy spotkałaś się z opiniami, że kobiety istnieją dla innych,
a nie dla siebie? Czy sądzisz, że może to stanowić powód pomniejszania
przez niektóre kobiety znaczenia własnego stylu życia? W jakim sensie te
przekonania mogłyby utrudniać kobiecie obronę prawa do własnego życia,
do bycia sobą? W jakim stopniu to, że podzielasz te poglądy, utrudnia ci*

twój rozwój i realizację planów? Jakby zmieniło się twoje życie, gdybyś się zdecydowała na zmianę tych poglądów?

Istotną kategorią są pytania, których celem jest badanie wpływu anoreksji/bulimii na życie pacjentki i na jej relacje z innymi. Dzięki tym pytaniom pacjentka może bardziej czytelnie zobaczyć konsekwencje anoreksji/bulimii i z innej pozycji podjąć decyzję, jak dalej chce postępować. Przykładowe pytania to: *Jakie skutki wywiera anoreksja/bulimia na twoje życie i relacje rodzinne, zainteresowania? Jaki ma wpływ na twoje relacje z chłopcem? Czy zmieniła twoje plany na przyszłość? W jaki sposób anoreksja/bulimia ogranicza twoje możliwości? Jeżeli nic się nie zmieni, jak wpłynie to na dalsze twoje życie?*

Terapeuci narracyjni podkreślają, że zazwyczaj problem jest współtworzony przez sieć przekonań, działań, uczuć i odniesień. Wskazują, że zadawanie pytań badających wewnętrzne powiązania pomiędzy tymi aspektami a problemem pozwalają je uwidocznic, co ma skutek dekonstruujący. Możliwe pytania to: *Czy masz inne problemy, które towarzyszą anoreksji/bulimii. Niektóre osoby mówiły mi, że obwinianie się i izolowanie się są partnerami anoreksji. Co o tym sądzisz? Jakie idee, przyzwyczajenia, uczucia zachęcają cię do myślenia, że nie jesteś atrakcyjna? Jeśli przypatrzymy się skutkom tych idei, odniesień, czy pasują one do twoich nadziei, jakie wiążesz z relacjami z innymi osobami w twoim życiu?*

Terapeuci narracyjni podkreślają, że gdy eksternalizujemy problematyczne przekonania, działania, uczucia i odniesienia, korzystnie jest o nich myśleć jako o całościach mających plany czy preferowane formy funkcjonowania. Ujawnienie taktyk i strategii tak traktowanych problemów ma silny skutek dekonstruujący. Ilustrują to poniższe pytania: *Jak bulimia wkrada się pomiędzy ciebie a twojego chłopca? Co ona szepcze ci do ucha? Jak to robi, że jest przekonująca? Jakich używa argumentów? Co jest jej celem?*

Inną kategorią są pytania otwierające przestrzeń, które są pomocne, gdy poszukujemy tych wyjątkowych sytuacji, w których osoba nie poddaje się problemowi. Na przykład: *Chociaż anoreksja/bulimia przekonuje cię, że niebezpiecznie jest wyjść ze znajomymi, aby coś zjeść, to czy udało się kiedykolwiek oprzeć jej argumentom? Rozumiem, że anoreksja/bulimia bardzo zawężyło twoje życie, ale czy miewasz poczucie, że idziesz do przodu w zmienianiu tego? Czy możesz powiedzieć, co daje ci to poczucie? Tak więc w ciągu ostatnich dwóch tygodni nadal pochłaniały cię myśli o jedzeniu, ale czy były jakiegokolwiek momenty, nawet bardzo krótkie, że czułaś nadzieję na zmianę?*

Zidentyfikowanie wyjątków i elementów istotnych dla ich pojawienia się jest przedmiotem dalszego badania. Dzięki temu można rozwijać alternatywne narracje: *Jak to się stało, że w tamtej chwili zrobiłaś coś innego niż do tej pory? Jak to się stało, że w tamtej chwili nie dałaś się schwycić w pułapkę anoreksji/bulimii? Co pomogło ci przeciwstawić się anoreksji/bulimii? Jak do tego doszło, że podjęłaś ten krok? Czy i jakie zmiany zachodzące w innych sferach twojego życia mogą mieć z tym związek? Jak pomogły ci ułatwić podjęcie tych kroków? Kto cię w tym wspierał? Kto przypuszczał, że dokonasz tej zmiany? Jakie zachowania twoich rodziców wspierają twoją siłę przeciwstawiania się anoreksji/bulimii? Jak inni mogą ci pomóc, gdy przeciwstawiasz się anoreksji/bulimii?*

Dalsze pytania dotyczą kierunku zaistniałych zmian i perspektywy na przyszłość. Rozwijają one alternatywne historie. Na przykład: *Czy to jest dla ciebie dobre i korzystne, czy nie? Czy to ci odpowiada? Dlaczego? Jak sądzisz, jaki mógłby być następny krok? Czy te nowe wydarzenia i zmiany są dla ciebie inspiracją, do czego? Jak sądzisz, kto za kilka miesięcy będzie najbardziej zadowolony z konsekwencji tych zmian?*

W procesie terapii przydatne są tzw. pytania kontrastujące, czyli pozwalające uchwycić różnicę pomiędzy przeszłością, terażniejszością i przyszłością, a więc tym samym dostrzec zmiany. Pomoce pytania to: *Jak bardzo to się różni od tego, co zwykle robiłaś w takiej sytuacji? Tak więc tym razem nie pozwoliłaś anoreksji/bulimii, aby ograniczała twoje życie osobiste. Jak bardzo to się różni od tego, kiedy anoreksja/bulimia kontroluje twoje życie?*

Ponieważ narracje problemowe mogą być podtrzymywane przez szerszy kontekst i osoby znaczące, ważna jest rozmowa na ten temat. Przydatne mogą być następujące pytania: *Kto pierwszy dostrzeże, że przezwyciężyłaś ten lęk związany z jedzeniem? Jak to na niego wpłynie? Jak myślisz, jak długo twoja rodzina (koleżanki, twój chłopiec) będzie spozstrzegąta ciebie taką jak dawniej, zanim zorientują się, że zaszła zmiana? Czy są jakieś instytucje, szerszy kontekst, który będzie wspierał to, co osiągnęłaś?*

Freedman i Combs (1996) podkreślają, że ważne jest zadawanie także ogólnych, otwartych pytań dotyczących znaczeń i sensu. Pozwalają one na uświadomienie konsekwencji zaistniałych zmian, rozpoznanie motywacji, celu, wartości i przekonań ważnych dla pacjentki i jej bliskich. Na przykład: *Co ta nowa perspektywa mówi ci o tobie (twoich relacjach z matką, z ojcem, z chłopcem)? Co to mówi o twoich marzeniach i planach? Gdybyś tę wiedzę zastosowała w swoim życiu, w jakiej sferze przyniosłaby najwięcej różnic? Co by te różnice spowodowały? W świetle tego, co razem*

osiągnęliście, jak twoi rodzice opisaliby waszą relację? Co mówią ci zmiany, które wprowadziliście, o waszych motywach, dążeniach, wartościach?

Inną grupę pytań stanowią pytania komplementarne. White (1989) podkreśla, iż pozwalają one na wprowadzenie podwójnego opisu problemów doświadczanych przez rodzinę, co sprzyja osłabieniu mechanizmów podtrzymujących zachowania problemowe. Przykładowe pytania do pacjentki (White, 1989, s. 72):

Kiedy ważysz coraz mniej i w coraz mniejszym stopniu wpływasz na to, co się dzieje wokół ciebie, w jaki sposób zachęcasz ich, aby w coraz większym stopniu wpływali na twoje życie? Jak twoje „znikanie” zachęca inne osoby, w tym rodziców, do zajmowania się twoim życiem i ingerowaniem w nie? Jak twoje poddanie się anoreksji przyczynia się do tego, że twoja przyszłość jest w rękach twoich rodziców?

Pytania kierowane do rodziców: *Kiedy córka państwa waży coraz mniej i w coraz mniejszym stopniu wpływa na to, co się dzieje wokół, w jaki sposób zachęca państwa, abyście wpływali na jej życie? Jak „znikanie” państwa córki zachęca was do zajmowania się jej życiem? W jaki sposób poddanie się córki anoreksji spowodowało, że jej przyszłość jest w państwa rękach?*

Jak już wcześniej zaznaczono, pytania narracyjne mogą być zadawane w procesie terapii indywidualnej i rodzinnej. Opisywany przez autorów ujęcia ogólny schemat terapii narracyjnej wydaje się bardziej dopasowany do rozmowy indywidualnej, chociaż jest on stosowny z powodzeniem także w terapii rodzinnej (White, Morgan, 2006). Niewątpliwie praca z rodziną w modelu narracyjnym ma swoją specyfikę. Freedman i Combs (1996) zaznaczają, że pracując z rodzinami i parami, zwykle rozmawiają z jedną osobą przez pewien czas, zapraszając pozostałe osoby czy osobę do przysłuchiwania się konwersacji. Następnie osoby te są proszone o dzielenie się refleksjami, jakie pojawiły się w trakcie przysłuchiwania się rozmowie. Refleksje te są dalej rozwijane poprzez zadawanie pytań narracyjnych. Proces reflektowania może być wzmocniony przez zaproszenie do udziału w spotkaniach innych psychoterapeutów tworzących zespół odzwierciedlający, tak jak to się dzieje w modelu Toma Andersena (1990). Model ten jest często modyfikowany: zespół dzielący się swoimi refleksjami mogą tworzyć osoby w różny sposób powiązane z rodziną (Freedman, Combs, 1990; White, Epston, 1990; White, 1991). White i Morgan (2006) podkreślają, że terapia narracyjna z udziałem dzieci i rodziców powinna być kreatywna w rozwiązywaniu problemów i czerpać z dziecięcej wyobraźni, motywacji i umiejętności.

6.5. Podsumowanie

Terapia narracyjna stanowi interesującą propozycję terapii i oferuje wiele użytecznych technik, skutecznych w procesie leczenia i rozwiązywania problemów współtworzących problem anoreksji i bulimii psychicznej. Eksternalizacja szczególnie dobrze oddziałuje na zasadniczy w zaburzeniach odżywiania problem, jakim jest trudność wyodrębnienia tego, co w myśleniu i przeżywaniu pacjenta jest objawem.

Istotnym walorem praktyk narracyjnych jest silne odniesienie do kultury – rozpatrywanie życia jednostki w kontekście przekazów kulturowych, w których jest ona zanurzona. Tym samym wzorce kulturowe, ich źródła, sposoby oddziaływania i konsekwencje mogą się stać przedmiotem terapeutycznej rozmowy. Analiza nie pomija przy tym osoby psychoterapeuty i jego działalności, a dyskursy psychoterapeutyczne rozpatrywane jako część medycyny stanowią także przedmiot refleksji. Praktyki narracyjne zajmują się dekonstrukcją wnoszonych opowieści problemowych, koncentrują się na procesie terapii, a nie na analizie etiologii w tradycyjnym znaczeniu tego słowa. Zakładają, że „problem, a nie osoba jest problemem”, stąd w terapii nacisk kładzie się na procesy eksternalizacji. Dzięki temu odchodzi się od etykietowania na rzecz uzewnętrznienia problemu. W podejściu narracyjnym język jest „traktowany z szacunkiem”, spójnie do założenia, że słowa, jakich używamy, konstytuują nasz świat, przekonania, uczucia i myśli (Freedman, Combs 1996).

Pojawiają się pytania o ograniczenia podejścia narracyjnego, w tym szczególnie w odniesieniu do zaburzeń odżywiania. Można się zastanawiać, czy dominacja pojęcia narracji nie grozi redukcjonizmem i nadmiernymi uogólnieniami, np. czy życie osoby nie zostanie sprowadzone do narracji. Jak wiemy, nawet twórca myślenia narracyjnego, za którego uznawany jest Bruner, pisał: „(...) życie jest zawsze bogatsze niż dyskurs. Narracje organizują i nadają znaczenie doświadczeniom, ale zawsze pozostają uczucia i wydarzenia, które nie są objęte dominującą opowieścią” (Bruner, 1986, s. 143 za: White, Epston, 1990, s. 11).

Uzasadnione jest pytanie, czy rozpatrywanie anoreksji/bulimii jako opowieści nie zmarginalizuje ciała, doświadczeń cielesnych. Jak wiadomo, występujące w anoreksji rozszczepienie pomiędzy ciałem a umysłem stanowi istotny mechanizm psychopatologiczny, stąd w terapii ważna jest mentalizacja doświadczeń cielesnych i ich integracja z tymi obszarami Ja, z którymi pacjentka się identyfikuje. Te obawy pojawiają się, zwłaszcza gdy praktycy krytyczni wobec medycznego dyskursu wy-

powiadają się z pozycji ideologicznych, a także gdy anoreksję i bulimię traktuje się jak zaburzenia występujące w jednej formie. Tymczasem, jak pokazują badania i doświadczenia kliniczne, nasilenie obrazu klinicznego, czas trwania choroby, nasilenie objawów współwystępujących, wiek pacjentek, kontekst ich życia, dostęp do profesjonalnej diagnozy i leczenia – wszystko to ma wpływ na wybór właściwej dla danej pacjentki formy pomocy: w tym terapii narracyjnej.

Warto jeszcze wrócić do jednej kwestii. Terapia narracyjna jest w dużym stopniu ustrukturowana. Jakkolwiek jej twórcy piszą o tym, że etapy i punkty węzłowe tworzą jedynie mapę pomagającą poruszać się w relacji terapeutycznej w rozmowie z pacjentami i ich rodzinami, istnieje obawa, że terapia ta może być praktykowana w sposób dyrektywny. Byłoby to zaprzeczeniem idei leżących u jej podstaw. Niemniej jednak kreatywność i elastyczność twórców danego ujęcia na ogół nie przekłada się na umiejętności tych, którzy za nimi podążają. Coraz większe strukturowanie terapii narracyjnej może grozić tym, że będzie stosowana jak metoda, niełatwa zresztą, w której należy wypełniać kolejne punkty, odchodząc w istocie od idei współkonstruowanego dialogu. Kolejne lata i rozszerzanie się praktyki narracyjnej rozstrzygną, czy jest to niepokój uzasadniony.

Oczywiście powyższe uwagi nie kwestionują wartości samego ujęcia. W ostatnich latach jest to najbardziej dynamicznie i kreatywnie rozwijająca się metoda w psychoterapii. Od nas zależy, jak będziemy się go uczyć i jak wykorzystywać. Warto pamiętać o słowach Michaela White'a (2007), który w swojej ostatniej książce pisał, że nie należy jego tekstów, będących swoistymi mapami, traktować jako „prawdziwego” i „właściwego” przewodnika po narracyjnej praktyce:

Dla mnie jako autora narracyjnych „map” ważne jest podkreślenie, iż nie używam ich, aby utrzymywać porządek w trakcie rozmów z osobami, które konsultuję. Rozmowy terapeutyczne nie są uporządkowane, nie staram się, aby określić moją reakcję na to, co ludzie wyrażają, zanim to wyrażą. Ale jestem świadomy, że mapy, takie jak ta książka, pomagają mi odpowiadać w sposób, który otwiera innych na możliwości eksplorowania zaniedbanych aspektów ich życia. To dostarcza ludziom możliwości rozwiązywania trudnego położenia i problemów życiowych w sposób, jakiego nie mogliby sobie wyobrazić [tłum. B.J.] (s. 5).

7. Uwagi końcowe

Pisząc tę książkę, starałam się przedstawić zaburzenia odżywiania w kontekście problematyki ciała, a zwłaszcza kulturowych, społecznych, relacyjnych i indywidualnych znaczeń wpisanych w kobiece ciało. Jednym z celów, jaki sobie stawiałam, było przełamanie medycznego dyskursu oraz powiązanych z nią klasycznych dyskursów psychoterapeutycznych, poprzez pokazanie perspektywy konstrukcjonistycznej, feministyczno-genderowej oraz socjologicznej. Odwołując się do prac Michela Foucaulta, podkreślałam znaczenie praktyk dyscyplinujących związanych z konstruktem idealnego ciała, w tym praktyki diety. Zwracałam uwagę, w jakim stopniu idealne, szczupłe ciało wpisuje się w jedną z istotnych sfer współtworzących społeczno-kulturową tożsamość płciową współczesnych kobiet. Na koniec starałam się pokazać, jak intensywnie rozwijające się w psychoterapii podejście narracyjne rozumie zaburzenia odżywiania, jak odnosi się do dyskursów kulturowych i w jakim stopniu jednym z zakresów pracy terapeutycznej jest identyfikacja i dekonstrukcja zinternalizowanych, opresyjnych dla jednostki przekazów.

Kończąc, chciałam się na moment zatrzymać na jeszcze jednej kwestii, a mianowicie jak z powszechnie podzielanym dyskursem szczupłości radzą sobie psychoterapeuci pracujący z osobami z zaburzeniami odżywiania. Co on oznacza dla kobiet – psychoterapeutek, a co dla mężczyzn – psychoterapeutów? Na kogo bardziej oddziałuje? Czy jest on czytelniejszy dla kobiet, czy dla mężczyzn? Czy oczywistość i powszechność tego dyskursu nie stanowi utrudnienia dla psychoterapeutek, czy – przeciwnie – ułatwia zrozumienie pacjentek? W jakim stopniu podzielanie przekonania o ważności posiadania szczupłego ciała utrudnia identyfikowanie i dekonstruowanie w procesie terapeutycznym tych przekazów kulturowych, które są powiązane z anoreksją i bulimią psychiczną?

Można się zatem zastanawiać, czy i jakie znaczenie w psychoterapii pacjentek z zaburzeniami odżywiania ma płeć psychoterapeuty. Na to pytanie nie ma prostej odpowiedzi i nie ma też definitywnych rozstrzygnięć. Psychoterapeutki feministki podkreślają, że w anoreksji i bulimii istotne kwestie są związane z biologicznym doświadczeniem bycia kobietą, stosunkiem do ciężaru i kształtu ciała, przeżywaniem poszczegól-

nych części ciała, przeżywaniem seksualności i ról społecznych przypisanych kobietom. Stąd sugerują, iż psychoterapię kobiet z anoreksją lub bulimią powinny prowadzić psychoterapeutki. Ilustracją tego poglądu są słowa Rose Stockwell i Bridget Dolan (1991). Piszą one:

U pacjentek z zaburzeniami odżywiania konflikty i lęki zazwyczaj nie są ułożone w jedzeniu, lecz powiązane są ze zróżnicowanymi doświadczeniami bycia kobietą w społeczeństwie (s. 55). (...) Wierzmy, że im bardziej psychoterapeutki w swoim myśleniu na temat kobiet z zaburzeniami odżywiania korzystają z osobistego rozumienia, co znaczy być kobietą, tym lepsza będzie ich terapeutyczna praca. Jesteśmy przekonane, że jakkolwiek wrażliwy mężczyzna jest zdolny do zobaczenia wyzwań stojących przed kobietami, to nigdy nie zastąpi to głębokiego osobistego zrozumienia wniesionego przez kobietę (s. 52).

Krytycy takiej koncepcji zwracają uwagę, że ograniczenia istnieją także w psychoterapii prowadzonej przez kobiety (Köpp, 1991; Wooley, 1991). Łatwiej tutaj bowiem o silne przeniesienie i przeciwprzeniesienie, możliwość nadmiernej identyfikacji psychoterapeutek z pacjentkami czy nasiloną idealizację psychoterapeutek przez pacjentki. Podzielanie przez pacjentkę i psychoterapeutkę doświadczeń wynikających ze wzorców kulturowych nie musi bowiem sprzyjać badaniu tych przekazów, ich źródeł i konsekwencji, lecz utrwaleniu pozycji „bycia w opresji”. Nie ułatwia to wówczas poszukiwania nowych sposobów funkcjonowania, nie sprzyja emocjonalnemu i społecznemu rozwojowi pacjentek. Zdaniem Wenera Köppa (1991) istnieją jednak sytuacje, gdy wskazane jest, aby psychoterapię prowadziła kobieta. Należy tutaj wymienić doświadczenie molestowania seksualnego, które było udziałem pacjentek, czy też seksistowskie postawy prezentowane przez psychoterapeutów mężczyzn. Badacz zwraca jednocześnie uwagę, że odmienność męskiej perspektywy może być także przydatna w procesie psychoterapii, gdyż ogranicza nadmierną identyfikację w relacji pacjentka–psychoterapeutka, tym samym wzmacniając proces separacji–indywidualizacji. Susan Wooley (1991) podkreśla, iż w psychoterapii pacjentek z zaburzeniami odżywiania zależnie od płci psychoterapeuty uruchamiane są inne przeciwprzeniesienia, stąd istotna jest nie tyle płeć psychoterapeuty sama w sobie, ile analiza tego przeciwprzeniesienia w procesie psychoterapii i superwizji.

Badacze podkreślają ważność pozytywnego przeniesienia w początkowej fazie kontaktu terapeutycznego, dlatego sugerują, aby pacjentki, o ile tylko to jest możliwe, mogły decydować o wyborze płci psychote-

rapeuty, z którym będą pozostały w relacji terapeutycznej (Köpp, 1991; Meyers, 1986; Wooley, 1991).

Przyjmując perspektywę genderową, kluczowe staje się badanie i rozumienie, co oznacza kobiecość i męskość dla pacjentki i dla psychoterapeutki/psychoterapeuty. Przed obiema stronami stoi to samo zadanie – krytycznej analizy doświadczeń, wzorców kulturowych, przekonań, stereotypów współtworzących ich wyobrażenie i poczucie kobiecości czy męskości. W przypadku pacjentek ten obszar zagadnień powinien być częścią procesu psychoterapeutycznego. W przypadku psychoterapeutów właściwą przestrzenią jest terapia własna, warsztaty genderowe, a w codziennej pracy klinicznej z pacjentami superwizja. Ta ostatnia jest nie do przecenienia, niezależnie czy ma formę klasycznej superwizji, czy superwizji rówieśniczej. Trudno nie zgodzić się z Wooley (1991, s. 293), gdy pisze:

Aby się wyleczyć, pacjentki z zaburzeniami jedzenia muszą znaleźć nowy sposób na bycie z innymi, na doświadczanie autentyczności i bliskości. Jako psychoterapeuci przyczyniamy się do tego procesu w dużym stopniu poprzez możliwość wydobycia znaczeń z surowego materiału doświadczeń interpersonalnych. (...) Wszystko, co pomaga psychoterapeutom rozszerzać i wyrażać swoje doświadczenia w relacji z pacjentkami, jest pomocne. Prawdopodobnie nie ma lepszego wsparcia niż wzajemne słuchanie się i poszukiwanie słów, koncepcji, które czynią doświadczenie psychoterapeutek i psychoterapeutów w terapii spójną i znaczącą całością.

Bibliografia

- Adamski A. (2009). *Kultura ciała. Między pogardą a ubóstwieniem*. „Przewodnik Katolicki” 15, http://www.przewodnik-katolicki.pl/nr/wiara_i_kosciol/kultura_ciala_miedzy_pogarda.html (data dostępu: 10.11.2012).
- Andersen T. (1990). *The reflecting team. Dialogues and dialogues about dialogues*. Broadstairs: Borgmann.
- Anderson H. (2009). *Terapia oparta na współpracy. Rrelacje oraz rozmowy, które odmieniają*. Tekst przetłumaczony na warsztaty prowadzone przez Harlen Anderson 21.10.2009, s. 9. Materiały konferencyjne. Tłum. Grzegorz Baster.
- Anderson H., Goolishian H. (1988). *Human systems as linguistic system. preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory*. „Family Process”, 27, 4, 371–393.
- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. Washington DC: APA.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. Washington DC: APA.
- APA (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R*. Washington DC: APA.
- APA (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: APA.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5™*. Washington DC–London: APA.
- Arondeus J., Weeda-Mannak W. (1991). *Female sex-role conflicts and heating disorders*. W: B. Dolan, I. Gitzinger (red.). *Gender issues and eating disorders*, London: European Council on Eating Disorders, 10–15.
- Avis J.M. (2003). *Pogłębianie świadomości. Osobisty przewodnik po feminizmie i terapii rodzin*. W: L. Braverman (red.). *Podstawy feministycznej terapii rodzin*. Tłum. Anna Tanalska-Dulęba. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bartky S.L. (1990). *Femininity and domination. Studies in phenomenology of oppression*. London: Rutledge.
- Bartky S.L. (2007). *Foucault, kobiecość i unowocześnienie władzy patriarchalnej*. W: R.E. Hryciuk, A. Kościańska (red.). *Gender. Perspektywa antropologiczna. Tom 2. Kobiecość, męskość, seksualność*. Tłum. Katarzyna

- Gawlisz i Marcin Starnawski. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 50–75.
- Bateson G. (1996). *Umysł i przyroda*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Bauman Z. (2003). *Razem, osobno*. Tłum. Tomasz Kunz. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Bauman Z. (2006). *Płynna nowoczesność*. Tłum. Tomasz Kunz. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Bauman Z. (2007). *Płynne życie*. Tłum. Tomasz Kunz. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Bauman Z. (2008). *Ponowoczesne przygody ciała*. W: M. Szpakowska (red.). *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 95–102.
- Bauman Z., Kubicki R., Zeidler-Janiszewska A. (1997). *Humanista w ponowoczesnym świecie*. Poznań: Zysk i s-ka.
- Bell R.M. (1985). *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bemporad J.R. (1997). *Cultural and historical aspects of eating disorders*. „Theoretical Medicine”, 18, 401–420.
- Bereza J. (2010). *Posty i tosty. Przewodnik dla zniechęconych poszczeniem*. Kraków: Instytut Wydawniczy Znak.
- Bieleńska A. (2002). *Teatr, który leczy*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bieleńska A. (red.) (2009). *Psychodrama*. Warszawa: Eneteia.
- Bomba J. (2003). *Zaburzenia jedzenia. Próba spojrzenia z perspektywy historycznej*. W: J. Bomba, B. Józefik (red.). *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej. Co, kiedy, komu?* Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP.
- Bomba J., Józefik B. (red.) (2003). *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej. Co, kiedy, komu?* Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP.
- Bomba J., Mamrot E., Orwid M. (1981). *Anorexia nervosa*. W: *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*. Warszawa: PZWL.
- Bordo S. (1988). *Anorexia nervosa and the crystallisation of culture*. W: I. Diamond, L. Quinby (eds). *Feminism and Foucault: Reflection on Resistance*. Boston: Northeastern University Press.
- Bordo S. (1993). *Unbearable weight. Feminism, western culture and the body*. Los Angeles–London: University of California Press, Berkeley.
- Bordo S. (1999). *Feminism, Foucault and the politics of the body*. W: J. Price, M. Shildrick (red.). *Feminist theory and the body*. New York: Routledge.
- Bordo S. (2003). *Unbearable weight. Feminism, western culture and the body, 2nd edition*. Los Angeles–London: University of California Press, Berkeley.

- Bourdieu P. (2004). *Męska dominacja*. Tłum. L. Kopciwicz. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Bowlby J. (1982). *Attachment and loss. retrospect and prospect*. „American Journal of Orthopsychiatry”, 52, 664–678.
- Braverman L. (2003). *Podstawy feministycznej terapii rodzin*. Tłum. Anna Tenalska-Dulęba. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Brown A., Dittmar H. (2005). *Think „thin” feel bad. The role of appearance schema activation, attention level and thin – ideal internalisation for young women’s responses to ultra-thin media ideals*. „Journal of Social and Clinical Psychology”, 24, 8, 1088–1114.
- Bruch H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch H. (1978). *Golden cage. The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Bruch H. (1987). *The changing picture of an illness. anorexia nervosa in attachment and the therapeutic process*. Madison: International University Press Ltd.
- Bruner J.S. (1983). *Children’s Talk: Learning to Use Language*. New York: Norton & Company Incorporated.
- Bruner J.S. (1992). *Życie jako narracja*. „Kwartalnik Pedagogiczny”, 4, 3–17.
- Brytek-Matera A. (2008). *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin.
- Buczowski A. (2005). *Spolecznie tworzenie ciała. Płeć kulturowa i płeć biologiczna*. Kraków: TAIWPN Universitas.
- Bulik C.M., Tozzi F., Anderson C. i in. (2003). *The relation between eating disorder and components of perfectionism*. „American Journal of Psychiatry”, 160, 366–368.
- Burr V. (2003). *Social constructionism, 2nd edition*. London–New York: Routledge.
- Burzyńska A. (2008). *Idee narracyjności w humanistyce*. W: B. Janusz, K. Gdowska, B. de Barbaro (red.). *Narracja. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 21–36.
- Butler J. (2008). *Uwikłani w płeć*. Tłum. T.K. Krasuska. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Button E., Sonuga-Barke E., Davis J. i in. (1996). *A prospective studies of self esteem in the prediction of eating problems in adolescent girls, questionnaire findings*. „British Journal of Clinical Psychology”, 35, 193–203.
- Bynum C.W. (1987). *Holy feast and holy fast. the religious significance of food to medieval women*. Berkeley: University of California Press.
- Bynum C.W. (1991). *Fragmentation and redemption. Essays on gender and the human body in medieval religion*. New York: Zone Book.

- Cash T.F. (2002). *Cognitive-behavioral perspectives on body image*. W: T.F. Cash, T. Pruzinsky (red.). *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press, 38–46.
- Cecchin G. (1995). *Budowanie możliwości terapeutycznych i ich lekceważenie*. W: G. Cecchin (red.). *Mediolańska szkoła terapii rodzin. Wybór prac*. Kraków: Wydawnictwo Collegium Medicum UJ, 41–50.
- Charles N., Kerr M. (1987). *Eating properly. The family and state benefit*. „Sociology”, 20, 412–429.
- Chernin K. (1986). *The Hungry Self: Daughters and Mothers, Eating and Identity*. London: Virago Press.
- Chrzastowski S., de Barbaro B. (2011). *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Crisp A.H. (1980). *Anorexia nervosa. Let me be*. London–Toronto–Sydney: Academic Press.
- Cross L. (1993). *Body and self in feminine development. Implications for eating disorders and delicate self-mutilation*. „Bulletin of the Menninger Clinic”, 57, 41–68.
- Dare C., Eisler I., Russell G.F.M., Szukler G.I. (1990). *The clinical and theoretical impact of controlled trial of family therapy in anorexia nervosa*. „Journal of Marital and Family Therapy”, 16, 39–57.
- Dare C., Szukler G.I. (1991). *Family therapy of early onset, short history anorexia nervosa*. W: B. Woodside, L. Shekter-Wolfson (red.). *Family approaches in treatment of eating disorders*. Washington–London: American Psychiatric Press, Inc.
- Davis C., Claridge G., Fox J. (2000). *Not just pretty face. physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders*. „International Journal of Eating Disorders”, 27, 67–73.
- Dittmar H. (2005). *Body image – vulnerability factors and process linking sociocultural pressures and body dissatisfaction. an introduce to the special issues*. „Journal of Social and Clinical Psychology”, 24, 8, 1081–1088.
- Dolan B., Gitzinger I. (red.) (1991). *Why women? Gender issues and eating disorders*. London: European Council on Eating Disorders.
- Doyle J., Bryant-Waugh R. (2000). *Epidemiology*. W: B. Lask, R. Bryant-Waugh (red.). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence, 2nd edition*. Hove: Psychology Press Ltd., 41–58.
- Drozdowski P. (2003). *Wskazania do psychodynamicznej terapii zaburzeń odżywiania się*. W: J. Bomba, B. Józefik (red.). *Leczenie anoreksji psychicznej. Co, kiedy, komu?* Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Dryll E., Cierpka A. (2011). *Psychologia narracyjna. Tożsamość, dialogowość, pogranicza*. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury ENETEIA.
- Engel K., Meyer A.E., Hentze M., Wittern M. (1992). *Long-term outcome in anorexia nervosa inpatients*. W: W. Herzog, H.G. Deter, W. Vandereycken

- (red.). *The course of eating disorders. Long term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*. Berlin–Heidelberg: Springer-Verlag, 118–132.
- Engeln-Maddox R. (2005). *Cognitive responses to idealized media images of women. The relationship of social comparison and critical processing to body image disturbance in college woman*. „Journal of Social and Clinical Psychology”, 24, 8, 1114–1139.
- Fairburn C.G., Welch S.L., Doll H.A., Davies B.A., O'Connor M.E. (1997). *Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study*. „Archives of General Psychiatry”, 54, 6, 509–517.
- Fallon P., Katzman M.A., Wooley S.C. (red.) (1994). *Feminist perspective on eating disorders*. New York–London: The Guilford Press.
- Featherstone M. (2008). *Ciało w kulturze konsumpcyjnej*. W: M. Szpakowska (red.). *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*. Tłum. Iwona Kurz. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 103–108.
- Felker K.R., Stivers C. (1994). *The relationship of gender and family environment to eating disorders risk in adolescent*. „Adolescence”, 29, 116, 821–834.
- Fernandez-Armesto F. (2003). *Wokół tysiąca stołów, czyli historia jedzenia*. Tłum. Jan Jackowicz. Wydawnictwo Książkowe Twój Styl.
- Fichter M.M., Quadflieg N., Rief W. (1992). *The German longitudinal bulimia nervosa study*. W: W. Herzog, H.G. Deter, W. Vandereycken (red.). *The course of eating disorders. Long term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*. Berlin–Heidelberg: Springer-Verlag, 133–149.
- Flaskas C. (2002). *Family therapy beyond postmodernism*. Hove–New York: Brunner-Routledge.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E., Targe M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of self*. New York: Other Press.
- Foucault M. (1987). *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*. Tłum. H. Kęszczycka. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Foucault M. (1988). *Gry władzy*. Tłum. T. Komendant. „Literatura na Świecie”, 6, 308–320.
- Foucault M. (1998). *Nadzorować i karać*, wyd. 2. Tłum. T. Komendant. Warszawa: Wydawnictwo Fundacji Aletheia.
- Foucault M. (1999). *Narodziny kliniki*. Tłum. P. Pieniążek. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Foucault M. (2002a). *Archeologia wiedzy*. Tłum. A. Siemek. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Foucault M. (2002b). *Porządek dyskursu*. Tłum. M. Kozłowski. Gdańsk: Wydawnictwo Słowo/Obraz/Terytoria.
- Foucault M. (2000). *Historia seksualności*. Tłum. B. Banasiak, T. Komendant, K. Matuszewski. Warszawa: Czytelnik.
- Freedman J., Combs G. (1996). *Narrative therapy. The social construction of preferred realities*. New York–London: W.W. Norton & Company.

- Frost L. (2001). *Young women and the body. A feminist sociology*. New York: Palgrave.
- Garner D.M., Garfinkel P.E. (red.) (1985). *Handbook for psychotherapy of anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Gergen K., Gergen M. (1984). *The social construction of narrative accounts*. W: K. Gergen, M. Gergen (red.). *Historical social psychology*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 173–189.
- Głębocka A. (2009). *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Goffman E. (2000). *Człowiek w teatrze dnia codziennego*. Tłum. H. Datner-Śpiewak, P. Śpiewak. Wyd. II. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Goldbloom D.S., Garfinkel P.E. (1993). *Anorexia nervosa and bulimia nervosa – diagnostic issues and risk factors*. W: S.H. Kennedy (red.). *Handbook of eating disorders*. Toronto: University of Toronto.
- Gordon R.A. (2000). *Eating disorders. Anatomy of social epidemic*. Oxford: Blackwell.
- Gröne M. (2003). *Wie lasse ich meine Bulimie verhungern? Ein systemischer Ansatz zur Beschreibung und Behandlung der Bulimie, vierte, korrigierte Auflage*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Halmi K.A., Sunday S.R., Strober M i in. (2000). *Perfectionism in anorexia nervosa. variation by clinical subtype, obsessiveness and pathological eating behaviour*. „American Journal of Psychiatry”, 157, 11, 1799–1805.
- Hepworth J. (1999). *The social construction of anorexia nervosa*. London–Thousand Oaks–New Delhi: Sage Publications.
- Hepworth J., Griffin C. (1995). *Conflicting opinions? „Anorexia nervosa”, medicine, and feminism*. W: S. Wilkinson, C. Kitzinger (red.). *Feminism and discourse*. London: Sage.
- Herzog W., Deter H.G., Vandereycken W. (red.) (1992). *The course of eating disorders. Long term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*. Berlin–Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hill A.J., Draper E., Stack J. (1994). *A weight on children's minds. Body shape dissatisfactions at 9 years old*. „International Journal of Obesity”, 18, 383–389.
- Hirstich M. (1989). *The body and food as object in anorexia and bulimia*. „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie”, 38, 3, 78–82.
- Hoek H.W. (2002). *Distribution of eating disorder*. W: C.G. Fairburn, K.D. Brownell (red.). *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook, second edition*. New York–London: The Guilford Press.
- Holland A.J., Sicotte N., Treasure J. (1988). *Anorexia nervosa. Evidence for a genetic basis*. „Journal of Psychosomatic Research”, 6, 561–572.
- <http://sferadharmy.pl> (data dostępu 20.12.2012).
- <http://www.biblia-patron.com> (data dostępu 20.12.2012).

- <http://www.dolcevitamagazyn.pl/arttykul/19> (data dostępu 15.12.2012).
- Humphrey L.L. (1991). *Object relations theory and the family system. An integrative approach to understanding and treatment eating disorders*. W: C. Johnston (red.). *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York–London: The Guilford Press.
- Humphrey L.L. (1994). *Family relationships*. W: K.A. Halmi (red.). *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa*. Washington DC: AP Press.
- Hyży E. (2003). *Kobieta, ciało, tożsamość*. Kraków: Wydawnictwo TAIWPN Universitas.
- Izydorczyk B. (2011). *Zastosowanie psychodramy w psychoterapii pacjentów chorujących na anoreksję i bulimię psychiczną*. „Psychiatria Polska”, 2, 261–275.
- Izydorczyk B., Bieńkowska N. (2008). *Obraz ja cielesnego – wybrane teoretyczne wątki rozumienia psychologicznych mechanizmów zjawiska*. Część I. „Problemy Medycyny Rodzinnej”, 4, 25, 52–58.
- Izydorczyk B., Bieńkowska N. (2009). *Obraz ja cielesnego – wybrane teoretyczne wątki rozumienia psychologicznych mechanizmów zjawiska*. Część II. „Problemy Medycyny Rodzinnej”, 1, 26, 51–45.
- Jakubczyk A., Żechowski C. (1996). *Anoreksja jako przejaw „pogranicznej” (borderline) struktury osobowości*. „Nowa Medycyna”, 17, 18–24.
- Johnson C.L. (1991). *Treatment of eating-disordered patients with borderline and false self-narcissistic disorders*. W: C. Johnston (red.). *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York–London: The Guilford Press, 165–193.
- Jones E. (1995). *The construction of gender in family therapy*. W: C. Burk, B. Speed (red.). *Gender, power and relationships*. London–New York: Routledge, 7–23.
- Józefik B. (red.) (1999a). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik B. (1999b). *Epidemiologia zaburzeń odżywiania się*. W: B. Józefik (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, wyd. 2. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 22–29.
- Józefik B. (2003). *Terapia rodzin w leczeniu zaburzeń odżywiania się*. W: J. Bomba, B. Józefik (red.). *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej. Co, kiedy, komu?* Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP, 81–91.
- Józefik B. (2006). *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik B. (2012). *Terapia rodzin*. W: I. Namysłowska (red.). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wyd. II. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 543–574.

- Józefik B., Iniewicz G. (2004). *Czynniki rodzinne jako czynniki ryzyka i mechanizmy podtrzymujące w anoreksji i bulimii psychicznej*. „Przegląd Lekarski”, 11, 1288–1290.
- Józefik B., Pilecki M. (1999). *Obraz kliniczny zaburzeń odżywiania się*. W: B. Józefik (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik B., Pilecki M. (2005). *Więzi w dwóch pokoleniach rodzin dziewcząt z rozpoznaniem anoreksji restrykcyjnej, bulimicznej, bulimii oraz depresji*. XXXII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego „Życie wspólnie”, Kraków 22–25.09.2005. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 289.
- Józefik B., Ułasińska R. (1999a). *Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się*. W: B. Józefik (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik B., Ułasińska R. (1999b). *Czynniki rodzinne w rozumieniu bulimii psychicznej*. „Psychoterapia”, 1, 71–79.
- Józefik O. (2002). *Brzemie rodziców w przebiegu anoreksji psychicznej u dziewcząt w okresie dojrzewania*. Praca magisterska. Instytut Psychologii Stosowanej UJ, promotor dr hab. Dorota Jasiocka.
- Kaschack E. (1996). *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*. Gdańsk: GWP.
- Kilbourne J. (1940). *Still killing us softly. Advertising and the obsession with thinness*. W: P. Fallon, M.A. Katzman, S.C. Wooley (red.) (1994). *Feminist perspective on eating disorders*. New York–London: The Guilford Press, 395–418.
- Korn M.L. (2000). *Trauma survivors and psychiatric manifestations*. APA 153rd Annual Meeting May 18, www.medscape.com (data dostępu 10.06.2012).
- Kowalska B., Zielińska K., Koschalka B. (2009). *Gender. Kobieta w kulturze i społeczeństwie*. Kraków: Wydawnictwo Rabid.
- Köpp W. (1991). *Can female patients benefit from a male therapist?* W: B. Dolan, I. Gitzinger I. (red.). *Why women? Gender issues and eating disorders*. London: European Council on Eating Disorders, 56–61.
- Krueger D.W. (2002). *Psychodynamic perspectives on body image*. W: T.F. Cash, T. Pruzinsky (red.). *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York–London: Guilford Press, 30–37.
- Kubat K. (2009). *Głodomór w krainie pieczonych gołąbków*. „Barbarzyńca. Pismo Antropologiczne”, 1, 14, 34–45.
- Lacey J.H. (1992). *Long-term follow-up of bulimic patients treated in integrated behavioral and psychodynamic treatments programmes*. W: W. Herzog,

- H.G. Deter, W. Vandereycken (red.). *The course of eating disorders. Long term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*. Berlin–Heidelberg: Springer-Verlag, 150–173.
- Lacey J.H., Coker S., Britchnell S.A. (1986). *Bulimia. Factors associated with its etiology and maintenance*. „International Journal of Eating Disorders”, 5, 475–487.
- Lasch C. (1979). *The culture of narcissism. American life in an age of diminishing expectations*. New York: W.W. Norton.
- Lask B. (2000). *Aetiology*. W: B. Lask, R. Bryant-Waugh (red.). *Anorexia and related eating disorders childhood and adolescenc*, 2nd edition. Hove: Psychology Press Ltd.
- Lawrence M. (1984). *Anorectic experience*. London: Women’s Press.
- Le Grange D., Eisler I., Dare C., Hodes M. (1992). *Family criticism and self-starvation. A study of expressed emotion*. „International Journal of Eating Disorders”, 14, 177–192.
- Lenart M. (2007). *Zapomniany świat dawnego mistycyzmu, czyli o znaczeniu jedzenia i ciała u kobiet w komunikacji z Bogiem*. W: K. Łeńska-Bąk (red.). *Pokarmy i jedzenie w kulturze. Tabu, dieta, symbol*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 159–169.
- Leung N., Thomas G., Waller G. (1999). *Core beliefs in anorexic and bulimic women*. „Journal of Nervous & Mental Disease”, 187, 12, 736–741.
- Leung N., Thomas G., Waller G. (2000). *The relationship between parental bonding and core beliefs in anorectic and bulimic women*. „British Journal of Clinical Psychology”, 39, 205–213.
- Levine M.P., Smolak L. (2002). *Body image development in adolescence*. W: T.F. Cash, T. Pruzinsky (red.). *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York, London: Guilford Press, 74–82.
- Lewicka-Stachowicz K. (2008). *Piękne gesty*. „Zwierciadło”, 9/1943, 145.
- Liles E.G., Woods S.C. (1999). *Anorexia nervosa as viable behaviour. Extreme self-deprivation in historical context*. „History of Psychiatry”, 10, 205–225.
- Łeńska-Bąk K. (2007). *Powiedz mi, co jesz, a powiem ci, kim jesteś. Wprowadzenie*. W: K. Łeńska-Bąk (red.). *Pokarmy i jedzenie w kulturze. Tabu, dieta, symbol*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Łeńska-Bąk K., Sztandara M. (red.) (2008). *Doświadczane, opisywane, symboliczne. Ciało w dyskursach kulturowych*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Maisel R., Epston D., Borden A. (2004). *Biting the hand that starves you. Inspiring resistance to anorexia/bulimia*. New York–London: W.W. Norton & Company.
- Malson H. (1998). *The thin woman. Feminism, post-structuralizm and the social psychology of anorexia nervosa*. London–New York: Routledge.

- Maturana H., Varela F. (1980). *Autopoiesis and cognition. The realization of living*. Dordrecht, Holland: D. Reidl.
- McAdams D. (1989). *The development of narrative identity*. W: N. Cantor, D. Buss (red.). *Personality psychology. Recent trends and emerging directions*. New York: Springer-Verlag, 160–177.
- Melosik Z. (2006). *Kryzys męskości w kulturze współczesnej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Melosik Z. (2010). *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Meyerhoff B. (1986). *Life not death in Venice: Its second life*. W: V. Turen, E. Bruner (red.). *The anthropology of experience*. Chicago: University of Illinois Press, 261–286.
- Meyers H.C. (1986). *Analytic work by and with women. The complexity and the challenge*. W: H.C. Meyers, *Between analyst and patient. Dimensions in countertransference and transference*. Hillsdale–New Jersey: The Analytic Press.
- Michaud C., Kahn J.P., Musse N. i in. (1990). *Relationships between a critical life event and eating behavior in high school students*. „Stress Medicine”, 6, 57–64.
- Mirucka B., Sakson-Obada O. (2013). *Ja cielesne. Od normy do zaburzeń*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mitchell J.E., Pyle R.L. (1992). *A long-term follow-up study of outpatient with bulimia nervosa treated in a structured group psychotherapy program*. W: W. Herzog, H.G. Deter, W. Vandereycken (red.). *The course of eating disorders. Long term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*. Berlin–Heidelberg: Springer-Verlag, 173–181.
- Mizieleńska J. (2006). *Płeć, ciało, seksualność. Od feminizmu do teorii queer*. Kraków: Universitas.
- Morgan A. (2011). *Terapia narracyjna. Wprowadzenie*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat, Fundacja Altkom Akademia.
- Nasser M. (2003). *Eating Disorders in Egypt. Themes and variations*. W: G.M. Ruggiero (red.). *Eating Disorders in the Mediterranean area: An exploration in trans-cultural psychology*. Huppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Nasser M. (1988). *Culture and weight consciousness*. „Journal of Psychosomatic Research”, 32, 573–577.
- Neumark-Sztainer D., Eisenberg M.E., Fulkerson J.A. i in. (2008). *Family meals and disordered eating in adolescents. longitudinal findings from project EAT*. „Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine”, 1, 17–22.
- Nycz R. (red.) (1997). *Postmodernizm. Antologia tekstów*. Kraków: Wydawnictwo Baran i Suszczyński.

- Ogedon J. (2010). *Psychologia odżywiania się. Od zdrowych do zaburzonych zachowań żywieniowych*. Tłum. R. Andruszko. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Oleś P. (2004). *Konstruowanie autonarracji – refleksja teoretyczna*. W: E. Dryll, A. Cierpka (red.). *Narracja. Koncepcje i badania psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwa Instytutu Psychologii PAN.
- Orbach S. (1978). *Fat is a feminist issue*. London: Paddington Press.
- Orbach S. (1986). *Hunger strike. The anorectic's struggle as a metaphor for our age*. London: Faber and Faber.
- Orbach S. (2009). *Bodies*. New York: Picador.
- Ostolski A. (2003). *Dyskurs u władzy. Filozofia Polityczna Michela Foucault*. „Etyka”, 36, 1–13.
- Pare A.D. (1995). *Of families and other cultures. The shifting paradigm of family therapy*. „Family Process”, 31, 11–21.
- Paxton S. (2000). *Individual and risk factors and socio-cultural context for eating disorders*. W: D. Gaskill, F. Sanders (red.). *The encultured body. Policy implications for healthy body image and disordered eating behaviours*. Brisbane: Queensland University of Technology, School of Nursing, 24–33.
- Payne M. (2006). *Narrative therapy*, 2nd edition. London–New Delhi: Thousand Oaks: Sage Publications .
- Petry-Mroczkowska J. (2004). *Siedem grzechów głównych dzisiaj*. Kraków: Instytut Wydawniczy Znak.
- Pilecki M. (1999a). *Historia zaburzeń odżywiania się*. W: B. Józefik (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 83–87.
- Pilecki M. (1999b). *Podstawy biologicznego rozumienia zaburzeń odżywiania się*. W: B. Józefik (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 69–71.
- Pilecki M. (2000). *Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania się w populacji uczniów krakowskich szkół ponadpodstawowych*. Praca doktorska. Kraków: Collegium Medicum UJ, promotor prof. Maria Orwid.
- Polivy J., Zeitlin S.B., Herman C.P., Beal A.L. (1994). *Food restriction and binge eating. A study of former prisoners of war*. „Journal of Abnormal Psychology”, 103, 292–294.
- Rabe-Jabłońska J. (red.) (2006). *Powiktania somatyczne jadłowstrętu psychicznego*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP.
- Rabinor J.R. (1994). *Mothers, daughters and eating disorders. Honouring the mother-daughter relationship*. W: P. Fallon, M.A. Katzman, S.C. Wooley

- (red.). *Feminist perspective on eating disorders*. New York–London: The Guilford Press, 272–286.
- Rajewski A. (2004). *Zaburzenia odżywiania*. W: I. Namysłowska (red.). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL, 247–265.
- Reich G., Cierpka M. (1997). *Psychoterapie der Eßstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart–New York: Georg Thieme Verlag.
- Richert A.J. (red.) (2002). *The self in narrative therapy. Thought from humanistic/existential perspective*. „Journal of Psychotherapy Integration”, 13, 2, 188–210.
- Rober P. (2005). *The therapist's self in dialogical family therapy. Some ideas about not-knowing and the therapist's inner conversation*. „Family Process”, 44, 477–495.
- Rober P. (2011). *Wewnętrzny dialog terapeuty w terapii małżeńskiej i rodzinnej*. Kraków. Warsztaty, 1–2 września. Materiały konferencyjne.
- Roberto L.G. (1986). *Bulimia. The transgenerational view*. „Journal of Marital and Family Therapy”, 12, 3, 231–240.
- Rogers M.F. (2003). *Barbie jako ikona kultury*. Tłum. Ewa Klekot. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA SA.
- Rosner K. (2006). *Narracja, tożsamość, czas*. Kraków: Wydawnictwo TAIWPN Universitas.
- Russell G.F.M. (1979). *Bulimia nervosa. An ominous variant of anorexia nervosa*. „Psychological Medicine” 9, 3, 429–448.
- Russell G.F.M. (1992). *The prognosis of eating disorders. A clinicians approach*. W: W. Herzog, H.G. Deter, W. Vandereycken (red.). *The course of eating disorders. Long term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*. Berlin–Heidelberg: Springer-Verlag, 198–213.
- Ruszkowska E. (1991). *Anorexia nervosa w ujęciu psychoanalitycznym*. „Nowiny Psychologiczne”, 3/4, 61–67.
- Sakson-Obada O. (2009) *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Warszawa: Difin.
- Sands S. (1991). *Bulimia, dissociation and empathy. A self-psychological view*. W: C. Johnson (red.). *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York–London: The Guilford Press, 34–50.
- Saryusz-Zaleska A. (2007). *Niezapomniana Ukraina*. Warszawa: Rosner i Wspólnicy.
- Schier K. (2005). *Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Schier K. (red.) (2009). *Zapisane w ciele. Związek ciało–psychika u dzieci i rodziców*. Warszawa: Wydawnictwo EMU.

- Selvini Palazzoli M. (1978). *Self-starvation. From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (1989). *Family games*. London: Karnac Books.
- Shafran R., Cooper Z., Fairburn C. G. (2002). *Clinical perfectionism. a cognitive-behavioural analysis*. „Behaviour Research and Therapy”, 40, 7, 773–791.
- Shilling C. (2010). *Socjologia ciała*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Slade P.D. (1982). *Towards a functional analysis of anorexia nervosa*. „British Journal of Clinical Psychology”, 21, 167–179.
- Stasch M., Reich G. (2000). *Interpersonal relation pattern in families with a bulimic member — interaction analysis*. „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“, 49, 3, 157–175.
- Stein D. M., Laakso W. (1988). *Bulimia. A historical perspective*. „Journal of Eating Disorders”, 7, 2, 201–210.
- Stockwell R., Dolan B. (1991). *Women therapist for women clients? W: B. Dolan, I. Gitzinger (red.) (1991). Why women? Gender issues and eating disorders*. London: European Council on Eating Disorders, 51–55.
- Stoller R. (1968). *Sex and gender*. London: Hogarth.
- Stunkard A.J. (1985). *Research on bulimia comes of age*. „Advances in Behavioural Research and Therapy”, 7, 199–203.
- Sugarman A., Kurash C. (1982). *The body as transitional object in bulimia*. „Journal of Eating Disorders”, 1, 4, 57–67.
- Sugarman A. (1991). *Bulimia. A displacement from psychological self to body self*. W: C. Johnson (red.). *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York–London: The Guilford Press, 3–33.
- Theander S. (1992). *Chronicity in anorexia nervosa. Results from the Swedish long-term study*. W: W. Herzog, H.G. Deter, W. Vandereycken (red.). *The course of eating disorders. Long term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*. Berlin–Heidelberg: Springer-Verlag, 214–227.
- Trzebiński J. (red.) (2002). *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Turner B.S. (1984). *The body and society*. Oxford: Blackwell.
- Van Deth R., Vandereycken W. (1992). *What happened to the „fasting girls”?* W: W. Herzog, H.G. Deter, W. Vandereycken (red.). *The course of eating disorders. Long term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*. Berlin–Heidelberg: Springer-Verlag, 348–366.
- Vandereycken W. (2002a). *History of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. W: C. Fairburn, K.D. Brownell (red.). *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook, second edition*. New York–London: The Guilford Press.

- Vandereycken W. (2002b). *Families of patients with eating disorders*. W: C.G. Fairburn, K.D. Brownell (red.). *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook, second edition*. New York, London: The Guilford Press.
- Vandereycken W., van Deth R. (1994). *From fasting saints to anorectic girls. The history of self starvation*. London: The Athlone Press.
- Waller G. (1991). *Sexual abuse as a factor in the eating disorders*. „British Journal of Psychiatry”, 159, 664–671.
- Weber G., Stierlin H. (1991). *In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtfamilie*. Rienbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Welch S.L., Fairburn C.G. (1996). *Childhood sexual and physical abuse as risk factors for the development of bulimia nervosa*. „Child Abuse and Neglect”, 20, 633–642.
- Weller E., Weller R. (2000). *Trauma and the development of eating disorders*. American Psychiatric Association 153rd Annual Meeting, 4–17 maja. www.medscape.com.
- White M. (1983). *Anorexia nervosa. A transgenerational system perspective*. „Family Process”, 22, 3, 255–273.
- White M. (1989). *Selected papers*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White M. (1991). *Deconstruction and therapy*. „Dulwich Centre Newsletter”, 3, 21–41.
- White M. (2005). *Workshop notes*. www.dulwichcentre.com.au. September 21st 2005.
- White M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York–London: W.W. Norton & Company.
- White M., Epston D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York, London: W.W. Norton and Co.
- White M., Morgan A. (2006). *Narrative therapy with children and their families*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Włodarczyk-Bisaga K. (1993). *Wybrane zagadnienia z etiologii i patogenezy zaburzeń odżywiania się*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 2, 59–72.
- Wolf N. (1994). *Hunger*. W: P. Fallon, M.A. Katzman, S.C. Wooley (red.). *Feminist perspective on eating disorders*. New York–London: The Guilford Press, 94–114.
- Wolf N. (1991). *The beauty myth. How images of beauty are used against women*. New York: William Morrow and Company.
- Wolf N. (2008). *Mit piękności*. W: M. Szpakowska (red.). *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*. Tłum. Barbara Limanowska. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 103–108.

- Wonderlich S., Brewton T., Joczicz V., Dansky B., Abbott D., (1997). *Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders*. „Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 36, 1107–1115.
- Wood K.C., Becker J.A, Thomson J.K. (1996). *Body image dissatisfaction in preadolescent children*. „Journal of Applied Developmental Psychology”, 17, 85–100.
- Woodside D.B., Bulik C.M., Halmi K.A. i in. (2002). *Personality, perfectionism and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders*. „International Journal of Eating Disorders”, 31, (3), 290–299.
- Wooley O.W. (1994). *...and man created „woman”. Representations of women's bodies in western culture*. W: P. Fallon, M.A. Katzman, S.C. Wooley (red.). *Feminist perspective on eating disorders*. New York–London: The Guilford Press, 17–52.
- Wooley S.C. (1991). *Uses of countertransference in the treatment of eating disorders. A gender perspectives*. W: C. Johnson (red.). *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York–London: The Guilford Press, 245–294.
- Ziolko H.U. (1996). *Bulimia. A historical outline*. „International Journal of Eating Disorders”, 20, 4, 345–358.
- Ziolko H.U., (1994). *Hyperorexia nervosa*. „International Journal of Eating Disorders”, 16, 133–135.
- Żechowski C. (2001). *Pod rządami żółdka*. „Charaktery”, 4, 51, 12–17.

Indeks rzeczowy

- Anatomopolityka 22
- Anoreksja a
- funkcje jedzenia 55, 102
 - histeria 105, 115
 - idealne ciało 52
 - kontrola 98, 101, 106, 107, 112
 - kontrola ciała 50, 55, 97, 113
 - kryteria DSM-5 94–95
 - molestowanie seksualne 99, 105, 106
 - obraz ciała 50, 51, 97, 99, 101, 102, 106, 111
 - oczekiwania kulturowe 108, 109, 113
 - opowieść dominująca 146–147, 158
 - relacje z matką 106–108
 - samoocena 101, 107
 - samookaleczenia 55
 - zaburzenia ja cielesnego 50–51
- Anorexia* 81, 82
- Anorexia hysterica* 83
- Anorexia mirabilis* 117–118
- Anorexia nervosa* 83
- Apepsia hysterica* 83
- Appetitus caninus* 86
- Asitia 81
- Atrophia nervosa* albo *phthisis nervosa* 82
- Bigoreksja 37
- Binge eating syndrome* 88
- Biopolityka 22
- Biowładza 22
- Boulimia* 85, 87
- ab acidis* 87
 - adephagia* 87
 - convulsorum* 87
 - dysorexia* 87
 - emetica* 87
 - helluonum* 87
 - hyperorexia* 87
 - polyphagia* 87
 - syncopalis* 87
 - verminisa* 87
 - voracious eating* 87
- Bulimia* a
- kontrola 115
 - kryteria DSM-5 95–96
 - kultura konsumpcyjna 115
 - molestowanie seksualne 99
 - obraz ciała 51, 57, 106, 111
 - oczekiwania kulturowe 108–109, 115
 - opowieść dominująca 146–147, 158
 - relacje matka–córka 107
 - rozpowszechnienie i rokowanie 103–104
 - zaburzenia ja cielesnego 50
- Bulimia nervosa* 88
- Ceremonie definiujące 143
- Ciało
- a konsumpcja 30, 56
 - a kultura 8, 22, 23, 30
 - a media 8, 33, 38, 40–41
 - a praktyki dyscyplinujące 21–22, 31, 39
 - a tradycja chrześcijańska 29–30
 - a władza 21–23
 - chłopców 27, 52, 53, 54
 - dziewcząt 52, 53–55
 - etapy cywilizowania 38–39
 - i jego znaczenie 26, 29, 31–33, kobiece, męskie 37, 42, 43, 57
 - kontrola 22, 23
 - niezadowolenie z ciała 28, 35, 52, 53
 - obraz ciała 46, 52, 54, 97, 106
 - tożsamość 26, 30
- Ciało kobiece
- a autonomia 31, 32, 33, 76
 - a fragmentaryzacja 40, 54
 - a media i reklamy 40–41
 - a medykalizacja 33, 42–44
 - a patriariat 32, 43, 112
 - a tożsamość 31, 32, 112
 - i jego przekształcanie 26, 27, 31–32
 - idealne 27–30, 37, 40, 52
 - szczupłe 7, 32–34, 35, 41, 57, 114–115
- Deficyty poznawcze 111

- Deficyty poznawcze 111
- Desomatyzacja 50
- Dualizm umysłu (duszy) i ciała 25, 29, 75
- Dyskurs 21–22
- diety 34–36
 - dominujący, uprzywilejowany 9, 21, 131, 132, 133, 137, 139, 146, 154
 - idealnego ciała 10, 7–30, 37, 40, 52
 - jedzenia 60–61
 - kulturowy 8, 9, 89, 90
 - medyczny 7, 42–44, 97, 105
 - szczupłego ciała 32–34, 35, 41, 114–115, 161
- Dyskurs diety 34–38
- a idealne ciało 28, 36, 37
 - a kontrola 35
 - a medycyna alternatywna 36
 - a traumatyczne doświadczenie 24
 - jako czynnik ryzyka 35
 - jako praktyka dyscyplinująca 28, 36, 58
 - jej znaczenie 34–35
 - media 35, 41
 - tożsamość 36
 - zdrowie 8, 34, 35, 36
- Faim canine* 86
- Feminizm a
- anoreksja 56, 111, 115
 - autonomia 31, 39, 40, 76, 112
 - bulimia 56, 111, 114
 - dieta 36–37, 114
 - idealne ciało 27–29, 56, 65
 - krytyka Foucaulta 23, 65
 - krytyka medycznego dyskursu 116–117
 - kultura 111, 114, 115
 - kultura szczupłości 32–33, 37, 65
 - patriarchat 28, 32, 33, 39–40, 112
 - praktyki dyscyplinujące 23, 30, 31, 56
 - relacja matka–córka 106–108, 114
 - relacja matka–ojciec 114
 - tożsamość 30, 112
 - władza 23, 114, 115
- Gender 19, 44–46
- a problematyka ciała 26, 27, 44–46, 57, 111, 114
 - jedzenie 63, 64, 65, 66, 114
 - mistyka kobiecości, ciała kobiecego 76, 115
 - podejście narracyjne 131
- Histeria 44, 84, 105, 115
- Holy anorexia* 117–118
- Hyperorexia* 88
- Hysterical anorexia* 84
- Inappetentia* 81
- Inedia* 81
- Ja cielesne
- a dojrzewanie dziewcząt 53–55
 - a etapy rozwoju 47–48, 57
 - a jego zaburzenia 49–51, 57
 - koncepcje poznawcze 51
 - koncepcje psychoanalityczne 49–51, 57
 - obraz ciała 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55
 - podmiotowe ja 47–49, 57
 - relacja wczesnodziecięca 47–48, 49–51, 57
 - zaburzenia odżywiania 49–50, 56
- Jedzenie a
- definiowanie kobiecości 63, 64, 65–66, 76
 - doświadczenie traumatyczne 62
 - dyskurs kulturowy 44–46
 - kontrola 65, 76
 - stres 63
 - tożsamość 36, 67
 - władza 64, 65
 - znaczenie jedzenia, pokarmów 59–70
- Karmienie a więź 60–61, 69
- Kobiecość a
- doświadczenie ciała 46, 52, 53–55,
 - jedzenie 63, 64, 65–66
 - mistyka ciała 76, 115
- Kobieta jako Inny 90
- Konstrukcjonistyczno-narracyjny paradygmat 122, 125, 128
- Konstrukcjonizm społeczny 19–21, 114, 118, 122, 125
- Konstruktywizm 20
- Konstruktywizm krytyczny 20
- Krajobraz akcji 140
- Krajobraz tożsamości 140
- Kultura
- a narracje 122, 137, 138, 145, 146, 154, 158
 - konsumpcyjna 8, 19, 30, 56, 115
 - szczupłości 7, 32, 33–34, 98, 111–112
- Kynorexia* 86, 87

- Leczenie zaburzeń odżywiania 8, 105
 terapia narracyjna 114–159
- Lęk przed tłuszczem (*fatphobia*) 34, 36
- Medykalizacja 42, 91
 ciała 38, 39
 kobiece ciało 43–44
- Metafora mapy 123, 126, 127, 159
- Mit piękna 28
- Model zespołu reflektującego 143
- Nadmierne jedzenie
 a dyskursy kulturowe 89–91
 a wczesny dyskurs medyczny 85–88
 a wczesny dyskurs psychiatryczny 83–84
- Narracja 121–124
 autobiograficzna 124
- Narracyjne praktyki 8, 125–131
 alternatywna opowieść 139, 140–141, 152, 156
 dekonstrukcja narracji 134, 137, 138
 diagnoza psychiatryczna 128, 133
 dialog terapeutyczny 127
 dominująca narracja, opowieść, opis 8, 133, 134, 139
 ekstermalizacja 135–136, 137, 138, 152, 153, 154, 155, 158
 kategorie pytań 154–157
 nazwanie problemu 136, 138, 139, 147–148, 153
 opis gęsty 133, 134
 opis nasycony problemem 133
 opis rozrzedzony, ubogi 133
 personifikacja problemu 138, 153
 przejście autorstwa 135, 140
 przywracanie uczestnictwa 141–142
 relacja terapeutyczna 128, 129, 130, 131
 rytuały i ceremonie kończące 142–143
 władza 128, 131, 132
 wyjątki 134, 139, 140, 153, 155–156
 wyposażanie w siłę 135
 zewnątrzni świadkowie 143
- Nervous atrophy* 82
- Nowoczesność 18–19
 płynna 18–19
 późna 18
- Odchudzanie 35
 jako czynnik ryzyka 98, 101
 praktyka dyscyplinująca 114
 władza 114
- Ograniczanie jedzenia
 a anoreksja i bulimia 100, 101
 a dyskurs religijny 74–78
 a dyskursy kulturowe 89–91
 a wczesny dyskurs medyczny 80–83
 a wczesny dyskurs psychiatryczny 83–84
 jako protest 79–80
 jako zjawisko nadnaturalne 78–79
 znaczenia symboliczne 74, 75, 76, 77, 78, 79, 113, 114, 116
 znaczenia współczesne 69 105, 114, 115
- Ortoreksja 34
Overeating and vomiting 88
- Panoptikon 22
- Perfekcjonizm kliniczny 99
- Podejście narratywistyczne 122
- Ponowoczesność 17–19
- Posłuszne ciała 21–22
- Postmodernizm 18
- Praktyki dyscyplinujące 21–22, 23, 39, 46, 57
 kobiece ciało 28, 31, 32, 36, 39, 45–46, 57
 męskie ciało 57
- Simulative hysteria* 79
- Społeczny konstrukcjonizm 19–21
- Symboliczne znaczenia szczupłego ciała 32–34, 25, 41, 57, 105, 114, 116
- Symboliczne znaczenia zaburzeń odżywiania 7, 55, 105, 107–109, 113, 114, 116, 146
- Teoria mentalizacji 47
- Tożsamość
 a anoreksja 102, 112, 113, 116, 118
 a chude ciało 116
 a ciało 30–32, 56
 a dieta 36, 67
 jedzenie 67
 narracyjna 123, 124, 134
- Ucieleśnienie (*embodiment*) 21, 26
- Wiedza–władza 21, 23, 38
- Wiedza naukowa 19–20, 122
- Władza a ograniczanie jedzenia 65, 114
- Władza dyskursu 21–22
- Zaburzenia karmienia i odżywiania 93
- Zaburzenia odżywiania a
 autonomia 100, 108, 113

- czynniki biologiczne 98
- czynniki podtrzymujące 101–103
- czynniki rodzinne 83, 99–100
- czynniki ryzyka 97–100, 145, 146
- czynniki wyzwajające 97–99
- dieta 35, 98
- dyskurs feministyczno-genderowy 106, 111–116
- dyskurs medyczny 93–105
- dyskurs narracyjny 144–159
- dyskurs poznawczy 110–111
- dyskurs psychoanalityczny 105–108, 112
- dyskurs systemowy 108–110, 144, 145
- indywiduacja 107, 108, 113
- media 8, 33, 41
- oczekiwania kulturowe 56, 111
- patriarchat 111
- perfekcjonizm 99, 106
- pleć psychoterapeuty 161–163
- relacje wczesnodziecięce 50, 51, 61, 106, 108
- rozpowszechnienie i rokowanie 103–105
- terapia narracyjna 144–159
- tożsamość 102, 112, 113, 116

Indeks nazwisk

- Adamski Adam 29, 30
Almodovar Pedro 25
Andersen Tom 12, 125, 129, 130, 143, 157
Anderson Harlen 13, 125, 127–130
Andolfi Maurizio 12
Angela z Foligno, święta 75
Arnold z Villanova 86
Arondeus Josine 33
Arystofanes 85
Arystoteles 42, 85
Asen Eie 12
Augustyn, święty 25, 29
Avis J.M. 114
- Balam Jeanne 78
Barbaro Bogdan de 12, 18, 118, 121, 125, 144
Barens Gill Gorel 12
Bartky Sandra 23, 28–31, 33
Baster Grzegorz 127, 130
Bateson Gregory 126
Bauman Zygmunt 17–19, 22, 23, 36, 37, 56
Bazyli Wielki, święty 75
Bell Rudolph 76, 117, 118
Benincasa Katarzyna zob. Katarzyna ze Sienny, święta
Bereza Jan 75
Berger Peter L. 20
Berlin I.N. 84
Bielańska Anna 153
Bielefed J. 46
Bieńkowska Natalia 47
Blachez P.F. 87
Bloch Don 12
Bomba Jacek 13, 73, 93, 105
Boprden Ali 145
Bordo Susan 27, 30–33, 35, 39, 84, 114–117
Boscola Luigi 125
Bourdieu Pierre 122
Bowlby John 60
Bratman Steven 34
Braverman Lois 131
Brown Amy 28
Brownell Kelly D. 35
Bruch Hilda 61, 84, 88, 106, 107, 111
Bruner Jerome 20, 123, 132, 140, 158
Bryant-Waugh Rachel 103
Brytek-Matera Anna 47, 111
Buczowski Adam 38, 39, 42, 43
Budda 74
Bulik Cynthia M. 98
Burr Vivien 21
Burzyńska Anna 17, 18, 121, 122
Butler Judith 45, 46
Button Eric 99
Bynum Caroline Walker 76, 118
- Caro Isabelle 41
Cash Thomas F. 51
Cecchin Gianfranco 12, 125, 129
Charles Nickie 63, 64
Chernin Kim 112
Chipley 82
Chrzastowski Szymon 18, 118, 125, 144
Cohn Norman 76
Combs Gene 20, 125–127, 132, 138, 154, 156–158
Conner M. 52
Cooklin Allan 12
Crisp Arthur 88
Cross Lisa 53–56
Cullen William 86, 87
- Dally Peter 105
Dare Christopher 104
Deissler Klaus 12
Denborough David 132
Deth Ron van 34, 73, 75, 77–79, 81, 82, 87, 88, 117
Diokles z Karystosu 85
Dittmar Helga 28
Dolan Bridget 162

- Doyle Jacqueline 103
 Drozdowski Piotr 106, 107
- Eichenbaum Luise 112
 Elias Norbert 38
 Elkaim Mony 12
 Elżbieta z Reute, święta 75
 Engel K. 104
 Epston David 125, 128, 131, 132, 135, 138–
 –145, 153, 154, 157, 158
- Fairburn Christofer G. 99, 100
 Fallon Patricia 90, 116
 Featherstone Mike 30
 Felker Kenneth R. 103
 Fernandez-Armesto Felipe 59
 Fichter Manfred M. 104
 Flakowicz M. 110
 Flaskas Carmel 125
 Fonagy Peter 47
 Foucault Michel 10, 19, 21–23, 38, 39, 42–
 –44, 56, 91, 112, 114, 117, 122, 132, 133,
 137, 161
 Fox Hugh 13
 Freedman Jill 20, 125–127, 132, 138, 154,
 156–158
 Freud Sigmund 47, 53, 55, 105, 106
 Frost Liz 116
 Furtner Maria 78
- Galen 42, 81, 85, 86
 Garfinkel Paul 97–99
 Garner David M. 97
 Gawlin Katarzyna 29
 Gdowska Katarzyna 121
 Geertz Clifford 133
 Gergen Kenneth J. 123, 132
 Gergen Mary 132
 Gierowski Krzysztof 13
 Głębocka Alicja 47, 111
 Goffman Erving 30
 Goldbloom David 98, 99
 Goldenberg Herbert 123
 Goldenberg Irene 123
 Gomez Joan 105
 Goodman Felicitas 78
 Goolishian Harry 125, 127, 129, 130
 Gordon Richard A. 80
 Górniak Lech 20, 123
 Griffin Christine 76, 77
- Griffith James L. 26
 Griffith Melissa E. 26
 Gröne Margret 109
 Gull William Whitney 83, 87
- Harderus J.R. 82
 Hepworth Julie 73, 76, 77, 79, 81, 83, 84, 90,
 93, 105, 106, 111, 114, 117
 Herzog Wolfgang 103
 Hill Andrew 52
 Hipokrates 42, 81, 85
 Hoek Hans W. 103
 Hoffman Lynn 125
 Holland A.J. 98
 Humphrey Laura Lynn 100, 109
 Hyży Ewa 19, 21, 25, 27, 29
- Iniewicz Grzegorz 13, 101
 Izydorczyk Bernadetta 47, 154
- Jacob Sarah 79
 Jakubczyk Antoni 105
 Jan Karzeł, święty 75
 Janusz Bernadetta 121
 Jenkins Hugh 12
 Johnson Craig 61
 Jones Elsa 131
 Józefik Barbara 20, 60, 73, 93, 94, 101, 103,
 105, 108, 123
 Józefik Olga 110
 Jung Carl Gustaw 81
- Kapiszewska Maria 102
 Kartezjusz 25
 Kaschack Ellyn 30, 31, 66
 Katarzyna ze Sieny (Katarzyna Benincasa),
 święta 75, 76
 Kerr Marion 63, 64
 Keys Ancel 62
 Kilbourne Jean 40
 Kohut Heinz 61
 Komendant Tadeusz 22
 Korn Martin 98
 Korzybski Alfred 126
 Köpp Werner 162, 163
 Kröner W. 81
 Krueger David 47–51
 Kubat Katarzyna 64, 69
 Kubicki Roman 17
 Kurash Cheryl 107

- Laakso William 87, 88
 Lacey J.H. 97, 104
 Lasch Christopher 30
 Lasegue Ernest Charles 83
 Lask Bryan 12, 97, 99, 100
 Lask Judith 12
 Lawrence Marilyn 65
 Lawson Twiggy 33
 Le Grange Daniel 104
 Lenart Mirosław 66
 Leon 86
 Leung Newman 111
 Levi-Strauss Claude 25, 26
 Levine Linda 52, 53
 Lewicka-Stachowicz Katarzyna 40
 Libera Zbigniew 25
 Liles Elizabeth G. 82
 Luckmann Thomas 20
 Ludewig Kurt 123

 Łeńska-Bąk Katarzyna 26, 59, 67, 70

 Mac Leod Sheila 113
 Maisel Richard 145, 146
 Malson Helen 75, 81, 90, 107, 109, 111, 116
 Małgorzata z Cortony, święta 75
 Maturana Humberto 20, 122, 123
 Matusiak Feliks 13
 Mauss Marcel 26
 McAdams Dan 123, 124
 Meissner William W. 46
 Melosik Zbyszko 26, 27, 30, 35, 39, 56
 Meyers Helen C. 163
 Michel Anneliese 77, 78
 Mikołaj z Flue, święty 75
 Mirucka Beata 47
 Mitchell L.E. 104
 Mizielińska Joanna 43, 46
 Morgan Alice 104, 135–137, 157
 Morton Richard 82
 Myerhoff Barbara 143

 Namysłowska Irena 13, 105
 Nasser Mervat 103
 Neumann Teresa 81
 Neumark-Sztainer Dianne 63
 Nycz Ryszard 18

 Ogedon Jane 28, 31, 32, 34, 35, 52, 62, 64,
 97, 101, 111

 Oleś Piotr 124
 Olivardia Roberto H.G. 37
 Orbach Susie 65, 80, 112, 113, 115
 Orwid Maria 12
 Ostolski Adam 21

 Pam Alvin 110
 Pare D.A. 20, 126
 Paulos z Aeginy 86
 Pawłowski Leszek 102
 Payne Martin 136, 138, 141, 154
 Petry-Mroczkowska Joanna 90
 Phillips Katharine A. 37
 Pikul Maria 13
 Pilecki Maciej 13, 81, 84, 94, 98
 Pinel P. 82
 Platon 25, 29
 Plotyn 29
 Polivy Janet 62
 Pope Harrison Graham 37
 Portio Neapolitano 81

 Rabe-Jabłońska Jolanta 93
 Rajewski Andrzej 93, 97, 103
 Renn Crystal 41
 Richert Alphons J. 20
 Ritter Johan Jacob 81
 Rober Peter 13, 142
 Roberto Laura Giat 109
 Rogers Mary F. 33
 Rosen H. 20
 Rosner Katarzyna 19, 121–123
 Russell Gerald 88, 104

 Sakson-Obada Olga 47–49
 Sands Susan 61
 Saryusz-Zaleska Anna 64
 Sauvages de la Croix Boissies de 87
 Schier Katarzyna 46, 47, 50
 Schur Max 50
 Selvini Palazzoli M. 115
 Shafran Roz 99
 Shepherdson Charles 25
 Shilling Chris 25, 32, 38
 Simmonds Morris 84
 Slade Peter 97
 Smolak Michael 52, 53
 Soranus z Efezu 81
 Starnowski Marcin 29
 Stein David M. 87, 88

- Stierlin Helm 12, 109
Stierlin Satu 12
Stivers Cathie 103
Stockwell Rose 162
Stoller Robert J. 44, 45
Stunkard Albert 88
Sugarman Alan 47–49, 52, 61, 107
Sure Heng 74
Sztandara Magdalena 26
- Theander Sten 104
Tomasiewicz Marcin 22
Tomasz z Akwinu, święty 90
Treger Bartosz 13
Trzebiński Jerzy 124
Turner Bryan S. 26, 32
- Ułasińska Romualda 13, 108
- Vandereycken Walter 34, 73, 75, 77–79, 81, 82, 87, 88, 100, 109, 117
Varela Francisco 20, 122
Von Berg Vincent 77
- Wadden Thomas A. 35
Wasilewska Diana 60
- Weber Gunthard 109
Weeda-Mannak Winny 33
Welch Sarah L. 99
Weller E.B. 98, 99
Weller R.A. 98, 99
White Cheryl 132
White Michael 109, 125, 128, 130–136, 138–146, 153, 154, 157–159
Whyatt Robert 82
Winnicott Donald 60
Włodarczyk-Bisaga Katarzyna 84
Wolf Naomi 28, 30, 33, 37, 39
Wolska Małgorzata 13
Wood Katherine 52
Woods Stephen C. 82
Wooley Susan 39, 162, 163
Wynne Lyman 12
- Zdenkowska-Pilecka Magdalena 13
Zeidler-Janiszewska Anna 17
Ziolko Horst-Ulfert 85–88
- Żechowski Cezary 59, 60, 105

Redaktor
Dorota Węgierska

Korektor
Katarzyna Jagieła

Skład i łamanie
Katarzyna Mróz-Jaskuła

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Redakcja: ul. Michałowskiego 9/2, 31-126 Kraków
tel. 12-631-18-81, 12-631-18-82, fax 12-631-18-83