

Małgorzata Starzomska

TENDENCYJNOŚĆ UWAGI
U KOBIET Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA



TENDENCYJNOŚĆ UWAGI
U KOBIET Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

Małgorzata Starzomska

TENDENCYJNOŚĆ UWAGI
U KOBIET Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA



monographiae
LIBERi
LIBRi

Małgorzata Starzomska

Tendencyjność uwagi u kobiet z zaburzeniami odżywiania

Recenzenci:

prof. dr hab. Maria Kobayashi

prof. UKSW dr hab. Marek Nieznański

Projekt okładki:

Dominika Karaś

Ilustracja na okładce:

shutterstock.com

Skład i łamanie:

Studio DTP Academicon | Adam Dorot,

ntp@academicon.pl, ntp.academicon.pl

Korekta:

Małgorzata Najderska



Publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa 3.0 Polska.

Treść licencji jest dostępna na stronie: <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/pl/>

Wydawnictwo Liberi Libri

www.LiberiLibri.pl • 2019

Wersja drukowana: ISBN 978-83-63487-37-9

Chciałabym tę książkę zadedykować wielkim postaciom Kościoła:
Słudze Bożemu Kardynałowi Stefanowi Wyszyńskiemu
i św. Stanisławowi Papczyńskiemu.

PODZIĘKOWANIA

Szczególne podziękowania autorka składa: Panu Profesorowi Janowi Ciecuchowi za niezwykle konstruktywne motywowanie i pełne optymizmu wsparcie; Księdzu Profesorowi Janowi Krokosowi za wieloletnią pomoc i życzliwość; Pani Profesor Marii Ryś i Księdzu Profesorowi Janowi Bieleckiemu za życzliwe i mądre rady oraz opiekuńcze wsparcie na każdym etapie powstawania książki; Panu Profesorowi Ryszardowi Tadeusiewiczowi za ogromne wsparcie i nieustanne motywowanie do pisania tejże książki przez wiele lat; Panu Profesorowi Markowi Nieznańskiemu za wiele cennych uwag metodologicznych na każdym etapie badań; Pani Doktor Monice Mynarskiej i Pani Doktor Jolancie Rytel za niezwykle cenne porady statystyczne; Panu Doktorowi Piotrowi Zielińskiemu za niespotykaną rzetelność w podejściu do moich danych i nieocenioną pomoc w wykonaniu analiz statystycznych; Panu Doktorowi Adamowi Curyło za trwające przez wiele lat wsparcie w przeprowadzeniu dwóch etapów badań; Panu Profesorowi Jarosławowi Michalskiemu za ciągłe motywowanie i bezcenne wsparcie oraz Panu Mariuszowi Pasichowi za utworzenie programu komputerowego opisywanego w niniejszym artykule i wszystkim badanym, szczególnie tym, które pomimo ciężkiej choroby poświęciły swój czas i włożyły wiele wysiłku, aby ta książka mogła powstać. Dziękuję również Krzysztofowi za ogromne wsparcie i nieocenioną pomoc oraz mojej Mamie za motywowanie mnie do pracy.

SKRÓCONY SPIS TREŚCI

Wprowadzenie 17

Ogólna charakterystyka badań oraz zasygnalizowanie zawartości poszczególnych rozdziałów 17

Powody, dla których autor uznał podjęcie problematyki za istotne oraz interesujące 19

CZĘŚĆ TEORETYCZNA

ROZDZIAŁ 1. ZABURZENIA ODŻYWIANIA 33

Kryteria diagnostyczne zaburzeń odżywiania 33

Inne zaburzenia psychiczne związane z odżywianiem się nie ujęte w DSM-V (2013) 39

Epidemiologia zaburzeń odżywiania 41

Uwarunkowania zaburzeń odżywiania 42

Zaprzeczanie chorobie i jej chroniczność u osób z jadłowstrętem psychicznym a fenomen egosyntoniczności 50

Konsekwencje biologiczne i psychologiczne zaburzeń odżywiania 57

Postawy wobec pokarmu, kształtu ciała i wagi w zaburzeniach odżywiania 63

Podejście poznawcze do zaburzeń odżywiania 69

Leczenie zaburzeń odżywiania 98

Przymusowe leczenie osób z jadłowstrętem psychicznym, które odmawiają leczenia i których życie jest zagrożone z powodu wyniszczenia 139

ROZDZIAŁ 2. UWAGA I JEJ TENDENCYJNOŚĆ 143

Definiowanie uwagi 143

Funkcje uwagi 145

Teorie uwagi 149

Poziomy kontroli uwagi 165

Selekcja uwagowa w oparciu o schematy 169

Tendencyjność uwagi 181

CZĘŚĆ EMPIRYCZNA

ROZDZIAŁ 3. PROBLEM I METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH 253

Problem i cel podjętych badań 253

Opis zastosowanego w badaniach zadania „dot-probe” 257

Założenia przyjęte w pracy: zmienne wraz ze sposobem ich pomiaru, model badawczy i hipotezy 265

Osoby badane i przebieg badań 280

ROZDZIAŁ 4. WYNIKI BADAŃ	283
Różnice międzygrupowe pod względem zmiennych socjodemograficznych i klinicznych	283
Weryfikacja hipotez	289
ROZDZIAŁ 5. DYSKUSJA WYNIKÓW	337
WNIOSKI KOŃCOWE	355
BIBLIOGRAFIA	361
SPIS TABEL	411
SPIS RYSUNKÓW	415

SZCZEGÓŁOWY SPIS TREŚCI

Wprowadzenie 17

Ogólna charakterystyka badań oraz zasygnalizowanie zawartości poszczególnych rozdziałów 17

Powody, dla których autor uznał podjęcie problematyki za istotne oraz interesujące 19

O potrzebie rzetelnego modelu poznawczego zaburzeń odżywiania 19

Zastosowanie eksperymentalnych badań tendencyjności uwagi w celu uniknięcia wpływu zaprzeczania częstego u pacjentów z zaburzeniami odżywiania na uzyskane wyniki 23

Wartość badań eksperymentalnych dotyczących kierowanego przez schematy przetwarzania informacji przez osoby z zaburzeniami odżywiania 26

Znaczenie badań nad fenomenologicznymi cechami tendencyjności uwagi (sprawnością, z jaką badany wykrywa zagrażający bodziec i tendencyjnością uwagi jako funkcją czasu) 26

Znaczenie doboru bodźców w badaniach nad tendencyjnością uwagi u pacjentów z zaburzeniami odżywiania 28

Obiecująca perspektywa zastosowania treningu tendencyjności uwagi u pacjentów z zaburzeniami odżywiania 28

CZĘŚĆ TEORETYCZNA

ROZDZIAŁ 1. ZABURZENIA ODŻYWIANIA 33

Kryteria diagnostyczne zaburzeń odżywiania 33

Pica 34

Zaburzenie przeżuwania 34

Zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów 35

Jadłowstręt psychiczny 36

Żarłoczność psychiczna 36

Zaburzenie z napadami objadania się 37

Inne określone zaburzenia jedzenia i odżywiania się 38

Nieokreślone zaburzenie jedzenia i odżywiania się 39

Inne zaburzenia psychiczne związane z odżywianiem się nie ujęte w DSM-V (2013) 39

Epidemiologia zaburzeń odżywiania 41

Uwarunkowania zaburzeń odżywiania 42

Uwarunkowania biologiczne 42

Teorie genetyczne 42

Teorie hormonalne 43

Teorie neurobiologiczne 43

Teorie dietetyczne 43

Uwarunkowania psychologiczne 43

Podejście psychoanalityczne 43

Podejście systemowe 44

Podejście poznawcze 45

Podejście egzystencjalne 46

Uwarunkowania socjokulturowe 46

Klasyczne podejście socjokulturowe 46

Podejście feministyczne 49

Podejście ewolucjonistyczne 49

Zaprzeczanie choroby i jej chroniczność u osób z jadłowstrętem psychicznym a fenomen egosyntoniczności	50
Konsekwencje biologiczne i psychologiczne zaburzeń odżywiania	57
Postawy wobec pokarmu, kształtu ciała i wagi w zaburzeniach odżywiania	63
Postawy wobec pokarmu	63
Postawy wobec ciała (jego rozmiarów, kształtu i wagi)	65
Podejście poznawcze do zaburzeń odżywiania	69
Główne założenia podejścia poznawczego do zaburzeń odżywiania	69
Teorie poznawcze i poznawczo-behawioralne zaburzeń odżywiania	70
Teorie zainspirowane teorią poznawczo-behawioralną żarłoczości psychicznej zaproponowaną przez Fairburna (1981)	70
Teorie oparte na schematach	77
Model integrujący dotychczasowe teorie poznawczo-behawioralne zaburzeń odżywiania Williamsona i in. (2004)	92
Leczenie zaburzeń odżywiania	98
Leczenie pacjentów z jadłowstrętem psychicznym	98
Specjalistyczne, wspierające postępowanie kliniczne	98
Terapia usprawniania poznawczego	98
Terapia poznawczo-behawioralna	102
MANTRA	103
Terapia rodzin	104
Rehabilitacja żywieniowa w leczeniu jadłowstrętu psychicznego	107
Farmakoterapia w leczeniu jadłowstrętu psychicznego	109
Leczenie osób z żarłoczością psychiczną i z zaburzeniem z napadami objadania się	112
Wzmocniona terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu żarłoczości psychicznej	112
Psychoterapia interpersonalna w leczeniu żarłoczości psychicznej i zaburzenia z napadami objadania się	114
Psychoterapia interpersonalna dla zaburzeń odżywiania – wprowadzenie	115
Psychoterapia interpersonalna dla żarłoczości psychicznej	118
Psychoterapia interpersonalna dla zaburzenia z napadami objadania się	118
Terapia dialektyczno-behawioralna dla żarłoczości psychicznej i zaburzenia z napadami objadania się	118
Zintegrowana terapia poznawczo-afektywna dla żarłoczości psychicznej	121
Podejścia samopomocowe do żarłoczości psychicznej i zaburzenia z napadami objadania się	124
Terapia rodzinna adolescentów z żarłoczością psychiczną	125
Farmakoterapia w żarłoczości psychicznej	128
Farmakoterapia w zaburzeniu z napadami objadania się	129
Inne rodzaje leczenia stosowane u osób z zaburzeniami odżywiania	130
Psychodynamiczna psychoterapia zaburzeń odżywiania	130
Terapia zaburzeń obrazu ciała w zaburzeniach odżywiania	133
Nowatorskie interwencje, które mogą wspomagać leczenie ciężkich i chronicznych zaburzeń odżywiania	136
Przymusowe leczenie osób z jadłowstrętem psychicznym, które odmawiają leczenia i których życie jest zagrożone z powodu wyniszczenia	139

ROZDZIAŁ 2. UWAGA I JEJ TENDENCYJNOŚĆ 143

Definiowanie uwagi	143
Funkcje uwagi	145
Teorie uwagi	149
Teorie selekcji uwagowej	149
Teorie wczesnej selekcji	150
Teorie późnej selekcji	152
Integracja teorii wczesnej i późnej selekcji	155
Teorie przeszukiwania pola percepcyjnego	156
Teorie podzielności uwagowej	159

Teoria modułów	160
Teorie zasobów	161
Teorie przedłużonej koncentracji	164
Konekjonistyczne teorie uwagi	164
Poziomy kontroli uwagi	165
Selekcja uwagowa w oparciu o schematy	169
Historia pojęcia „schemat” i jego definiowanie	169
Schematy Ja	172
Aktywacja schematów	175
Wpływ schematów na przetwarzanie informacji	178
Schematy i schematy Ja a zaburzenia psychiczne	180
Tendencyjność uwagi	181
Wprowadzenie	181
Neurofizjologiczne podstawy tendencyjności uwagi	183
Komponenty tendencyjności uwagi	184
Metody badania tendencyjności uwagi	189
Paradygmat uwagi przestrzennej Posnera	190
Zadanie wizualnego przeszukiwania	193
Zadanie Stroopa	194
Zadanie „dot-probe”	199
Historia – kontrowersje wokół autorstwa i terminologii dotyczących zadania „dot-probe”	201
Prezentacja zadania „dot-probe”	203
Modyfikacje zadania „dot-probe”	204
Założenia leżące u podstaw zadania „dot-probe”	206
Dlaczego warto stosować w badaniach nad tendencyjnością uwagi zadanie „dot-probe”?	208
Eye-tracking	214
Praktyczne wykorzystanie wyników badań dotyczących tendencyjności uwagi w zaburzeniach psychicznych, w tym w zaburzeniach odżywiania	214
Tendencyjność uwagi w zaburzeniach odżywiania	222
Przegląd oryginalnych badań tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania stosujących zadanie „dot-probe” wraz z wnioskami	222
Zestawienie przeglądów i metaanaliz dotyczących tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania wraz z wnioskami	233

CZĘŚĆ EMPIRYCZNA

ROZDZIAŁ 3. PROBLEM I METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH	253
Problem i cel podjętych badań	253
Opis zastosowanego w badaniach zadania „dot-probe”	257
Konstrukcja autorskiej modyfikacji zadania „dot-probe”	257
Prezentacja modyfikacji zadania „dot-probe”	260
Założenia przyjęte w pracy: zmienne wraz ze sposobem ich pomiaru, model badawczy i hipotezy	265
Zmienne	265
Zmienne niezależne główne	265
Zmienne niezależne uboczne	265
Zmienne zależne	273
Model badawczy	274
Hipotezy	274
Osoby badane i przebieg badań	280
ROZDZIAŁ 4. WYNIKI BADAŃ	283
Różnice międzygrupowe pod względem zmiennych socjodemograficznych i klinicznych	283
Różnice międzygrupowe pod względem zmiennych socjodemograficznych	283
Różnice międzygrupowe pod względem zmiennych klinicznych	284
Różnice międzygrupowe pod względem BMI	284

Różnice międzygrupowe pod względem wyników uzyskiwanych w zakresie psychopatologii zaburzeń odżywiania w podskalach *Kwestionariusza zaburzeń odżywiania* (EDI) **286**
 Różnice międzygrupowe pod względem lęku (dwie podskale kwestionariusza STAI), depresji (kwestionariusz BDI-II) i zapotrzebowania na aprobatę społeczną (kwestionariusz KAS) **287**
 Różnice międzygrupowe pod względem wyników uzyskiwanych na *Skali głodu* **288**
 Różnice między grupą pacjentów z jadłowstrętem psychicznym i grupą pacjentów z żarłocznością psychiczną pod względem przyjmowanych leków psychotropowych **288**

Weryfikacja hipotez **289**

Weryfikacja hipotezy 1 **291**

Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami dla bodźców związanych z jedzeniem w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i z żarłocznością psychiczną oraz zdrowych kobiet **292**

Grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym **292**

Grupa pacjentek z żarłocznością psychiczną **293**

Grupa zdrowych kobiet **293**

Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami dla bodźców związanych z kształtem ciała w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i z żarłocznością psychiczną oraz zdrowych kobiet **294**

Grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym **294**

Grupa pacjentek z żarłocznością psychiczną **295**

Grupa zdrowych kobiet **295**

Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami dla bodźców związanych z wagą ciała w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i z żarłocznością psychiczną oraz zdrowych kobiet **296**

Grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym **296**

Grupa pacjentek z żarłocznością psychiczną **297**

Grupa zdrowych kobiet **298**

Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami dla bodźców związanych z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i z żarłocznością psychiczną oraz zdrowych kobiet **299**

Grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym **299**

Grupa pacjentek z żarłocznością psychiczną **300**

Grupa zdrowych kobiet **300**

Weryfikacja hipotezy 2 **309**

Wyniki analizy kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z jedzeniem w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych **310**

Wyniki analizy kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z kształtem ciała w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych **311**

Wyniki analizy kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z wagą ciała w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych **312**

Wyniki analizy kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych **313**

Weryfikacja hipotezy 3 **320**

Wyniki analizy kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z jedzeniem dotyczące podgrup: kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej „subkliniczne zaburzenia odżywiania” **321**

Wyniki analizy kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z kształtem ciała dotyczące podgrup: kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej „subkliniczne zaburzenia odżywiania” **322**

Wyniki analizy kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z wagą ciała dotyczące podgrup: kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej „subkliniczne zaburzenia odżywiania” **323**

Wyniki analizy kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami dotyczące podgrup: kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej „subkliniczne zaburzenia odżywiania” **323**

Weryfikacja hipotezy 4 **329**

Wyniki analizy korelacji Spearmana między tendencyjnością uwagi a psychopatologią zaburzeń odżywiania w grupie pacjentek z jądłowstrętem psychicznym **329**

Wyniki analizy korelacji Spearmana między tendencyjnością uwagi a psychopatologią zaburzeń odżywiania w grupie pacjentek z żarłocznością psychiczną **331**

Wyniki analizy korelacji Spearmana między tendencyjnością uwagi a psychopatologią zaburzeń odżywiania w grupie zdrowych kobiet **333**

ROZDZIAŁ 5. DYSKUSJA WYNIKÓW **337**

WNIOSKI KOŃCOWE **355**

BIBLIOGRAFIA **361**

SPIS TABEL **411**

SPIS RYSUNKÓW **415**

Wyciągam z wody dłoni. Jest jak kłoda. Gdy wkładam ją do wody, staje się jeszcze większa. Ludzie widzą kłodę i nazywają ją gałązką. Krzyczą na mnie, bo nie potrafię zobaczyć tego, co widzą oni. Nikt nie umie mi wyjaśnić, dlaczego moje oczy działają inaczej niż ich.

Laurie Halse Anderson, *Motylki*

WPROWADZENIE

Ogólna charakterystyka badań oraz zasygnalizowanie zawartości poszczególnych rozdziałów

Badania, których wyniki opisano w niniejszej pracy, mieściły się w nurcie psychologii poznawczej i klinicznej i dotyczyły przetwarzania informacji, a uściślając, funkcjonowania uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania.

Badacze zaburzeń odżywiania zaproponowali szereg poznawczych i poznawczo-behawioralnych teorii tych zaburzeń, przy czym szczególnie dużą rolę w poznawaniu tego, „jak myślą” osoby z zaburzeniami odżywiania odegrały te teorie, które podkreślały dużą rolę dezadaptacyjnych schematów dotyczących jedzenia i ciała w przetwarzaniu przez nie informacji.

Przedmiotem prezentowanych w niniejszej pracy badań było zbadanie tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania, zaś głównym ich celem była empiryczna weryfikacja poznawczych modeli tych zaburzeń poprzez eksplorację zmiany kierunku uwagi tych osób w warunkach różnych czasów prezentacji bodźców dla nich znaczących, czyli związanych z zaburzeniami odżywiania oraz odpowiedź na pytanie, jaki styl radzenia sobie z dezadaptacyjnymi schematami dotyczącymi jedzenia i ciała one stosują.

Autorka planując badania, miała na uwadze, że uzyskane wyniki umożliwią zaprojektowanie treningu poznawczego dla osób cierpiących na zaburzenia odżywiania. Jego celem byłoby zmniejszenie lub modyfikacja tendencyjności uwagi dla bodźców związanych z tymi zaburzeniami, która może odpowiadać za ich utrzymywanie się.

Niestety, pomimo tego, że istnieje dość obszerna literatura przedmiotu dotycząca funkcjonowania uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania, nadal niewiele wiadomo o tendencyjności uwagi u tych osób, zwłaszcza wówczas, gdy wyodrębnimy jej trzy komponenty: czujność uwagi, inaczej mówiąc jej orientację w kierunku bodźca określonego jako znaczący dla badanego (czy innymi słowy, ukierunkowanie uwagi na ten bodziec), trudność w odangażowaniu uwagi od tego bodźca, bądź unikanie go. Ponadto niewielu badaczy podjęło temat funkcjonowania uwagi osób z zaburzeniami odżywiania w warunkach różnych czasów prezentacji bodźców dla nich znaczących. Można również mówić o deficycie badań nad skutecznością treningu poznawczego u pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Reasumując, pomimo charakteryzujących

ostatnie kilka lat znaczących osiągnięć w obszarze badań nad tendencyjnością uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania, badaczy tych zaburzeń i badaczy zaburzeń lękowych nadal dzieli duży dystans pod względem postępów naukowych w tym obszarze na korzyść tych ostatnich.

Przeprowadzone i opisane w niniejszej pracy badania stanowiły próbę pokonania wyżej wymienionych ograniczeń merytorycznych i metodologicznych, cechujących przeprowadzone do tej pory eksperymenty. Aby to osiągnąć, autorka badań po szczegółowej analizie literatury przedmiotu na temat tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania, zaprojektowała modyfikację zadania „dot-probe”¹, respektując zalecenia badaczy, zwracających uwagę na słabe punkty dotychczasowych jego wersji. Skonstruowane w oparciu o ten projekt narzędzie umożliwiało eksplorację trzech wymienionych powyżej komponentów tendencyjności uwagi podczas prezentacji pozytywnych, negatywnych i neutralnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania przez czas: 17 ms, 150 ms, 750 ms bądź 1250 ms.

Za pomocą tak zmodyfikowanego zadania „dot-probe” autorka przebadła 150 osób (100 kobiet z zaburzeniami odżywiania, w tym 50 pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, 50 pacjentek z żarłocznością psychiczną oraz 50 zdrowych kobiet), kontrolując takie zmienne jak: psychopatologia zaburzenia odżywiania, BMI, subiektywnie odczuwany głód, depresja, lęk, zapotrzebowanie na aprobatę społeczną, a w przypadku podprogowej prezentacji bodźców – świadomość badanych co do prezentacji tych bodźców.

Wyniki eksperymentu pokazały specyfikę przetwarzania informacji u kobiet z zaburzeniami odżywiania, w szczególności unikanie przez nie pozytywnych bodźców związanych z kształtem ciała oraz liczne związki między tendencyjnością uwagi a psychopatologią zaburzeń odżywiania. Ponadto uzyskane wyniki umożliwiły określenie, jaki styl radzenia sobie z dezadaptacyjnymi schematami związanymi z jedzeniem i ciałem stosują badane (było to poddanie się schematom).

Formułując wnioski dotyczące uzyskanych wyników, zaproponowano oddziaływanie psychoterapeutyczne, mające na celu redukcję dezadaptacyjnych schematów leżących u podłoża nieprawidłowego przetwarzania informacji przez osoby z zaburzeniami odżywiania. Ponadto podkreślono, że uzyskane wyniki mogą stanowić podstawę konstrukcji opartego na komputerze i wykorzystującego paradygmat „dot-probe” treningu poznawczego, przeznaczonego dla tych osób, mającego na celu przede wszystkim nauczenie ich ukierunkowywania uwagi ku pozytywnym

1 Na potrzeby niniejszych badań przygotowano dwie jego wersje, jedna z nich była przystosowana do badania pacjentów z zaburzeniami odżywiania, zaś druga – do badania osób zdrowych, wersje te różniły się w niewielkim stopniu pod względem doboru bodźców.

bodźcom związanym z ciałem. Taki trening mógłby pomóc chorym, dotychczas skoncentrowanym na odczuwanych przez nich jako negatywne bodźcach związanych z ciałem, a przede wszystkim unikającym bodźców pozytywnych jego dotyczących w skierowaniu jej na bodźce pozytywne, które nie intensyfikują ich lęku przed przytęciem i zmieniają tym samym ich podejście do choroby i leczenia.

Niniejsza praca składa się, poza spisem treści i wprowadzeniem, z części teoretycznej i empirycznej, a następnie z części zawierającej wnioski końcowe oraz z zestawienia tytułów tabel i rysunków. Część teoretyczna zawiera prezentację problematyki w świetle obowiązujących koncepcji teoretycznych i danych empirycznych. Rozdziały należące do tej części odnoszą się do takich zmiennych jak zaburzenia odżywiania i tendencyjność uwagi, które były brane pod uwagę w badaniach własnych i do relacji między nimi. Część empiryczna zawiera prezentację podjętej problematyki w świetle badań własnych i obejmuje rozdziały odnoszące się do problemu i metodologii badań własnych, wyników badań oraz dyskusji ich dotyczącej. Następną część pracy zawiera jasne i zwarte przedstawienie wniosków końcowych z przeprowadzonych badań oraz wskazuje na możliwość wykorzystania wyników w praktyce psychologicznej. Jak już wspomniano, pracę kończy bibliografia oraz spis tabel i rysunków.

Powody, dla których autor uznał podjęcie problematyki za istotne oraz interesujące

O potrzebie rzetelnego modelu poznawczego zaburzeń odżywiania.

Mogg, Stopa i Bradley (2001) podkreślają, że istnieje dysproporcja między doniesieniami o skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń psychicznych a niekompletnymi i niedoskonałymi ich modelami poznawczymi. Niewątpliwie istnieje potrzeba takich terapii, które będą skutecznie łagodzić i likwidować te nierzadko odporne na zmianę choroby, jednak założenia leżące u podłoża takich terapii powinny spełniać normy naukowej rzetelności. Powstanie dojrzałych pod względem naukowym teorii poznawczych zaburzeń psychicznych doprowadziłoby do ich efektywniejszego leczenia. Wydaje się zatem, że należałoby poddać krytycznej naukowej analizie współczesne modele tych zaburzeń, zwłaszcza te, które zrewolucjonizowały ich leczenie. Dla przykładu, z dużym sukcesem stosowano psychoterapię w oparciu o teorie przetwarzania informacji za pomocą schematów, pomimo niewystarczającego teoretycznego zaplecza dotyczącego tendencyjności w tym zakresie. Być może wysoki stopień skuteczności leczenia tego typu spowodował tendencję do bezkrytycznej akceptacji wielu z założeń leżących u jego podstaw, jednak należy pamiętać, że efektywność psychoterapii sama w sobie nie stanowi dowodu na wartość naukową teorii, która leży u jej podłoża (Mogg i in., 2001). Niewątpliwie warto także odnieść te

informacje do zaburzeń odżywiania, przywołując stwierdzenie: „Poznawcze modele etiologiczne otrzymały o wiele mniej empirycznej uwagi niż metody leczenia przez nie zainspirowane, które okazały się zarówno popularne, jak i efektywne w leczeniu żarłoczności psychicznej” (Vitousek, Hollon, 1990, s. 192).

Procesy poznawcze odgrywają kluczową rolę w etiologii i utrzymywaniu się zaburzeń odżywiania (np. Brauhardt, Rudolph, Hilbert, 2014; Eiber, Mirabel-Sarron, Urdapilleta, 2005; Pringle, Harmer, Cooper, 2010; Siep, Jansen, Havermans, Roefs, 2011; Van Noort, Pfeiffer, Ehrlich, Lehmkuhl, Kappel, 2016; Vartanian, Polivy, Herman, 2004; Williamson, Muller, Reas, Thaw, 1999). Jones, Leung i Harris (2007) podkreślają, że zaburzenia odżywiania to „zasadniczo zaburzenia poznawcze, w których zniekształcenia poznawcze manifestują się poprzez charakterystyczny układ postaw i wartości dotyczących wagi i kształtu ciała” (s. 157). Według poznawczych i poznawczo-behawioralnych teorii zaburzeń odżywiania (np. Fairburn, 1981; Fairburn, Cooper, Shafran, 2003; Jones i in., 2007; Thompson, Heinberg, Altabe, Tantleff-Dunn, 1999; Vitousek, Hollon, 1990; Williamson, Stewart, White, York-Crowe, 2002; Williamson, White, York-Crowe, Stewart, 2004) osoby cierpiące na nie cechuje dysfunkcjonalne przetwarzanie informacji związanych z jedzeniem i ciałem.

Należy zadać w tym miejscu pytanie, czy dotychczas przeprowadzone badania dotyczące roli czynników poznawczych w zaburzeniach odżywiania, pozwoliły wyciągnąć wnioski mogące stanowić podstawę rzetelnych modeli poznawczych tych zaburzeń. Ciekawe sugestie dotyczące metodologii eksploracji poznawczego funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania wysuwają Vitousek i Hollon (1990). Twierdzą oni, że „techniki zainspirowane psychologią poznawczą mogą zostać zastosowane, aby wyciągnąć mniej oczywiste wnioski na podstawie powierzchownej treści myśli osób z zaburzeniami odżywiania lub połączyć taki materiał z aspektami »głębszej« poznawczej struktury” (s. 199). Autorzy ci podkreślają, że badania dotyczące poznawczych aspektów zaburzeń odżywiania mogłyby pomóc w (1) wyodrębnieniu „poznawczej esencji” (Vitousek, Hollon, 1990, s. 199) tych zaburzeń poprzez zidentyfikowanie procesów ekwiwalentnych wobec negatywnego błędu pamięci związanego z depresją i czujnego skanowania otoczenia związanego z lękiem; (2) wyjaśnieniu kwestii klasyfikacji i wyklarowaniu różnic między subtypami tych zaburzeń; (3) odpowiedzi na nierozstrzygnięte pytania o stopniu zniekształcenia obrazu ciała w tych zaburzeniach; (4) śledzeniu zmian temporalnych dotyczących treści poznawczych oraz ich przetwarzania oraz (5) dostosowaniu leczenia do najważniejszych dla indywidualnych pacjentów problemów w celu poprawy jego efektywności (Vitousek, Hollon, 1990). Zastosowanie metod i analiz z obszaru psychologii poznawczej może dostarczyć bardzo wielu informacji na temat poznawczych operacji w zaburzeniach psychicznych, w tym w zaburzeniach odżywiania

(Vitousek, Hollon, 1990). Największymi osiągnięciami pod tym względem mogą poszczycić się badacze zajmujący się lękiem i depresją (np. Bradley, Mathews, 1983), lecz Taylor i Crocker (1981) ostrzegają badaczy, aby zbyt pochopnie nie zakładali, że techniki laboratoryjne stosowane w psychologii poznawczej można wykorzystywać bezrefleksyjnie w psychologii klinicznej. Jak twierdzą Vitousek i Hollon (1990), nie należy „pożyczać” (s. 198) procedur stosowanych w psychologii poznawczej, na przykład do badania procesów uwagi, ale należy przed ich „przetłumaczeniem na język zaburzeń odżywiania” (s. 198) odpowiedzieć na pytanie, co chcemy wiedzieć o tych chorobach. Dopiero wówczas można formułować pewne specyficzne pytania badawcze i tylko wtedy będzie miało sens odwoływanie się do psychologii poznawczej w celu ich operacjonalizacji. Wartościowym celem takich badań byłoby potwierdzenie za pomocą nieoczywistych (*nonobvious*; Vitousek, Daly, Heiser, 1991; Vitousek, Hollon, 1990), inaczej mówiąc, pośrednich, mniej transparentnych (Dobson, Dozois, 2004) technik, że pacjenci z zaburzeniami odżywiania są rzeczywiście zafascynowani kwestią pokarmu i wagi. Ze względu na celowe zniekształcanie odpowiedzi w kwestionariuszach, cechujące zwłaszcza pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, korzystne mogłoby się okazać zweryfikowanie powyższej hipotezy, co do prawdziwości której przekonani są klinicyści, poprzez wdrożenie technik mniej transparentnych niż samoopis i bardziej transparentnych niż ocena kliniczna (Vitousek, Hollon, 1990).

Większość badaczy zgadza się co do tego, że uwaga selektywna dotycząca nieakceptowanych rejonów lub części ciała stanowi czynnik wzmacniający troskę o kształt ciała i przyczyniający się do ograniczenia ilości przyjmowanego pokarmu (Fairburn i in., 2003). Według Faunce’a (2002) ten obszar badań ma ogromne znaczenie kliniczne, gdyż selektywna uwaga może być jednym z czynników, który wpływa na utrzymywanie się psychopatologii charakterystycznej dla zaburzeń odżywiania.

Lee i Shafran (2004) stwierdzają, że badania nad błędami poznawczymi², o ile będą w nich zastosowane eksperymentalne paradygmaty, które wskazują na kierunek związku przyczynowo-skutkowego, prawdopodobnie mogą doprowadzić do bardzo wartościowych odkryć. Należy dodać, że pomimo znaczenia przywiązywanego do tendencyjności uwagi w teoretycznych modelach wyjaśniających przyczyny utrzymywania się psychopatologii zaburzeń odżywiania, dotychczas przeprowadzono niewiele badań z tego zakresu, przy czym większość z nich stosowała zmodyfikowane zadania Stroopa (1935; Shafran, Lee, Cooper, Palmer, Fairburn, 2007), które jest uważane za

2 Pojęcie *błąd poznawczy* stosuje się jako synonim terminu *tendencyjność uwagi*. W niektórych publikacjach to określenie używane jest w liczbie mnogiej (*tendencyjności uwagowe*). W niniejszej pracy autorka zdecydowała się stosować ten ostatni termin w liczbie pojedynczej, uwzględniając różne komponenty tendencyjności uwagi, ewentualnie stosuje ona terminy: *błąd uwagi* / *błędy uwagi* (np. Holas, 2015).

dość słabą, obciążoną wieloma wadami metodę badania uwagi selektywnej (Faunce, 2002; Lee, Shafran, 2004; MacLeod, Mathews, Tata, 1986), przede wszystkim z tego względu, że nadal nie ma jasności teoretycznej co do procesów/mechanizmów, które odpowiadają za jego wykonanie i, co za tym idzie, za efekt interferencji (Lee, Shafran, 2004; Mogg, Bradley, 2005; zob. też: Cisler, Koster, 2010; Faunce, Soames Job, 2000).

Od kilkunastu lat do pomiaru tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania badacze stosują również inne paradygmaty, które powstały najczęściej w odpowiedzi na metodologiczne ograniczenia testu Stroopa, wśród których warto wymienić zastosowane w badaniach opisywanych w niniejszej pracy zadanie „dot-probe” (MacLeod i in., 1986). Zadanie to można traktować jako solidniejszą metodologicznie alternatywę dla zadania Stroopa (Lee, Shafran, 2004; Mogg, Bradley, 1998; Placanica, Faunce, Soames Job, 2002; Vitousek, Hollon, 1990) oraz lepszy i bardziej bezpośredni niż to zadanie test alokacji uwagi (Rieger i in., 1998; zob. też: Lee, Shafran, 2008) i tendencyjności uwagi (Mogg, Bradley, 1998; zob. też: Faunce, 2002). Badanie z udziałem osób z zaburzeniami lękowymi (MacLeod i in., 1986) wykazało, że ta procedura jest wrażliwa na tendencyjność uwagi (Rieger i in., 1998), a mianowicie umożliwia wykrycie, czy uwaga jest zorientowana w kierunku bodźca, czy też ma miejsce jego uwagowe unikanie. Ponadto zaproponowano modyfikację tego zadania, która umożliwia wykrycie trzeciego komponentu tendencyjności uwagi: trudności z odangażowaniem uwagi od bodźca (Koster, Crombez, Verschuere, De Houwer, 2004). Badania przeprowadzone wśród pacjentów z zaburzeniami odżywiania wykazały, że zadanie „dot-probe” jest wrażliwe na zaostrzenie objawów choroby i na różne typy tendencyjności uwagi w grupach klinicznych, natomiast rzadko badania z jego wykorzystaniem, przeprowadzone w grupach subklinicznych i w grupach osób zdrowych, ujawniają błędy uwagi (Lee, Shafran, 2004).

Ponad 20 lat temu Vitousek i Orimoto (1993, s. 207) stwierdzili, że „pole badań nad zaburzeniami odżywiania leży daleko w tyle za badaniami dotyczącymi zaburzeń afektywnych i lękowych pod względem dojrzałości pytań i technik”. Z kolei Faunce (2002, s. 133) stwierdził, że „psychologowie zajmujący się lękiem badali tendencyjność uwagi używając zadania »dot-probe« (poza zadaniem Stroopa) przez ponad 10 lat i rozwinęli wyrafinowane modele mające służyć ocenie, jakie czynniki są odpowiedzialne za odkryte przez nich błędy” (zob. też: Williams, Watts, MacLeod, Mathews, 1997). Dodał przy tym, że badania nad lękiem nie tylko koncentrowały się na skutkach tendencyjności uwagowej, ale również dotyczyły jej etiologii, a ponadto kontrolowały takie zmienne jak: stan-lęk i cecha-lęk oraz próbowały określić rolę strategicznych i automatycznych procesów w przetwarzaniu informacji (np. Mogg, Bradley, 1998). Wreszcie badacz podkreślił, że podejmowanie takich tematów w badaniach nad zaburzeniami odżywiania jest konieczne, gdyż tylko wówczas można

powiedzieć, że nie ignorują one konceptualnych i metodologicznych osiągnięć w obszarze badań nad lękiem. Dzisiaj można już powiedzieć, że przeprowadza się wiele tego typu badań i chociaż coraz częściej stosuje się w ich przebiegu alternatywne wobec zadania Stroopa paradygmaty, to jednak nadal istnieje pilna potrzeba udoskonalania ich od strony metodologicznej, na przykład poprzez wprowadzanie nowoczesnych modyfikacji stosowanych od wielu lat testów. Jak twierdzi Johansson (2006, s. 58):

Potrzebne są dalsze badania dotyczące poznawczych czynników zaangażowanych w rozwój i utrzymywanie się zaburzeń odżywiania, aby zwiększyć nasze rozumienie natury tych poznawczych zniekształceń oraz poznać warunki, w jakich są one wzmacniane bądź też osłabiane. Precyzyjne znaczenie błędów poznawczych nie zostało do tej pory w pełni wyjaśnione, co ma ważne implikacje w tym obszarze badań.

Zastosowanie eksperymentalnych badań tendencyjności uwagi w celu uniknięcia wpływu zaprzeczania częstego u pacjentów z zaburzeniami odżywiania na uzyskane wyniki. Przed zaadaptowaniem metodologii wypracowanych w obszarze eksperymentalnej psychologii poznawczej klinicyści nie potrafili wykonywać bezpośrednich pomiarów procesów poznawczych, natomiast wyciągali oni wnioski na temat specyfiki przetwarzania informacji u osób z zaburzeniami psychicznymi na podstawie danych pochodzących z samoopisu (Dobson, Dozois, 2004). Segal (1988) zwraca uwagę na to, że obecność schematów u danej osoby ocenia się bardzo tradycyjną, zawodną metodą kwestionariusza samoopisowego typu papier-ołówek. Wysuwa ponadto konkluzję, że:

strategia opierania się na danych, pochodzących z samoopisu, aby potwierdzić istnienie schematu, którego funkcjonowanie ma wytłumaczyć te dane, staje się coraz bardziej cyrkularna, o ile w badaniu nie uwzględni się dodatkowych czynników, mogących mieć znaczenie w przetwarzaniu informacji za pomocą schematów (Segal, 1988, s. 147; zob. też: Dobson, Dozois, 2004).

Problem adekwatności stosowania narzędzi samoopisowych i wiarygodności danych zgromadzonych za pomocą tych narzędzi pojawia się na przykład u tak zwanych represorów, którzy nie przyznają się do wysokich poziomów lęku (Derakshan, Eysenck, Myers, 2007). Zaprzeczanie cechuje także pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Placanica i in. (2002) stwierdzają, że większość badań nad rolą czynników poznawczych w psychopatologii zaburzeń odżywiania opierało się na danych uzyskanych poprzez zastosowanie narzędzi samoopisowych. Vitousek i Orimoto

(1993) podkreślają jednak, że pacjenci z zaburzeniami odżywiania są skłonni do zaprzeczania chorobie i rozmyślnego zniekształcania odpowiedzi, gdy odpowiadają na pytania zawarte w tego rodzaju narzędziach, dlatego wartość zebranych w ten sposób danych jest dyskusyjna. Vitousek i in. (1991) uważają, że chociaż dużo pisze się o tym, iż zaprzeczanie symptomom i zniekształcanie ich opisu oddziałują na adekwatność wyników kwestionariuszy samoopisowych u pacjentów z zaburzeniami odżywiania, niewiele wiadomo o ich rozmiarze oraz następstwach i podejmowano niewiele prób rozwoju systematycznych strategii uzyskiwania trafniejszych danych. Autorzy piszą, że „tradycyjne metody pokonywania tego ograniczenia lub korekty zaprzeczania obejmują kliniczną intuicję, opieranie się na świadectwie leczonych pacjentów i bezpośrednią konfrontację. Niestety, funkcjonowanie każdego z tych aspektów może ulec pogorszeniu przez błędy subiektywizmu, popełniane przez klinicystę-badacza” (Vitousek i in., 1991, s. 647). Johansson (2006) stwierdza, że kwestionariusze samoopisowe „nie są idealnym sposobem uzyskiwania informacji o dysfunkcjonalnych procesach poznawczych u pacjentów z zaburzeniami odżywiania” (s. 32; zob. też: Hermans, Pieters, Eelen, 1998). Faunce (2002) również twierdzi, że narzędzia samoopisowe mają ograniczoną zdolność testowania specyficznych hipotez wyprowadzonych z poznawczego modelu zaburzeń odżywiania (zob. też: Placanica i in., 2002; Vitousek, Hollon, 1990).

Vitousek i in. (1991) uważają, że powinny być rozwinięte alternatywne metody redukcji zaprzeczania i zniekształcania treści w samoopisie u osób z zaburzeniami odżywiania, przy czym mogą one obejmować takie działania jak:

oddzielenie badania i terapii, zastosowanie metod gwarantujących bardziej dokładne opisy, uzyskiwanie informacji od innych osób, badanie bardziej adekwatnych grup kontrolnych, gromadzenie danych „na żywo”, pytanie o zachowania, poszukiwanie komentarzy osób na temat ich własnych reakcji oraz bardziej kreatywne wykorzystanie nieoczywistych technik oceny (s. 647).

Według Faunce’a (2002) wykorzystanie w badaniach osób z zaburzeniami odżywiania technik z eksperymentalnej psychologii poznawczej (do tego obszaru autorów zalicza uwagę selektywną), jest bardzo korzystne. Już Segal (1988) twierdził, że korzystanie z metod wypracowanych przez nauki poznawcze w badaniach zaburzeń psychicznych jest wysoce obiecujące i zgodne z ogólnymi trendami w kierunku „rewolucji poznawczej” w badaniach nad psychopatologią. Według Wellsa i Matthews’a (1994) jedną z zalet badań eksperymentalnych nad wagą jest eksploracja fenomenów jej dotyczących na czysto behawioralnym poziomie. O nieprawidłowościach w przetwarzaniu informacji można wówczas orzekać na podstawie zachowania pacjenta, niezależnie od bezpośrednich raportów o charakterze samoopisowym. Vitousek i in. (1991) piszą, że:

Ostatnio badacze zaczęli stosować metody i analizy z nauk poznawczych, aby zbadać psychopatologię zaburzeń odżywiania, niektóre z tych technik są tak zaprojektowane, aby zredukować zależność danych od samoopisu przez badanie takich zmiennych, jak: latencja reakcji, pamięć schematycznej informacji, interpretacja niejasnych bodźców oraz efekt indukcji nastroju czy udzielania fałszywej informacji zwrotnej. Ranga dostępnych alternatyw może być ograniczona jedynie stopniem kreatywności badacza – i jego lub jej zdolnością do przekonania innych, że tak uzyskane wyniki będą miały wpływ na rozumienie problemu, który badacz ten zamierza wyjaśnić (s. 662–663).

Według Krejtza i Sędko (2001, s. 135–136):

Współczesne metody psychologii eksperymentalnej, docierania do tego, „co człowiek naprawdę myśli i czuje”, na czym skoncentrowane są w danej chwili jego myśli, są zdecydowanie bardziej obiektywne i powtarzalne, opierają się na komputerowych pomiarach subtelnych zmian w czasach reakcji³ bądź na przetwarzaniu materiału prezentowanego poniżej progu świadomej percepcji.

Według tych autorów „współcześni badacze konstruują metody badawcze, za pomocą których próbują uchwycić automatyczne przewrażliwienie na pewne treści emocjonalne” (Krejtz, Sędek, 2001, s. 136). Według Wellsa i Matthews (1994) badacze wykazali się znaczącą pomysłowością w adaptacji eksperymentalnych technik w celu zbadania, czy pacjenci z zaburzeniami psychicznymi przejawiają nieprawidłowości w szybkości i dokładności selekcji informacji (zob. też: Starzomska, Tadeusiewicz, 2016).

3 Warto przywołać w tym miejscu termin *chronometria psychiczna* (*mental chronometry*), nawiązujący do pomiaru czasów reakcji (*reaction times*, w skrócie RTs), czyli czasu, jaki upłynął między prezentacją bodźca a reakcją badanego w zadaniach perceptualno-motorycznych. Casy reakcji uważa się za wskaźnik szybkości przetwarzania informacji, a z kolei tę ostatnią uważa się za wskaźnik efektywności ich przetwarzania. Badania tego typu mają na celu poznanie treści, czasu trwania i temporalnej sekwencyjności operacji poznawczych. Chronometria psychiczna jako jeden z kluczowych paradygmatów psychologii eksperymentalnej i poznawczej znalazła zastosowanie w różnych dyscyplinach naukowych. Za behawioralną odpowiedź uważa się zazwyczaj naciśnięcie guzika/klawisza na klawiaturze komputera, lecz może nią być również ruch gałek ocznych, odpowiedź głosowa lub inne możliwe do obserwacji zachowania (Jensen, 2006). Warto także wspomnieć o pokrewnym terminie – *afektywna chronometria*, określonym przez Davidsona (1998) jako „czasowe dynamiki emocjonalnego reagowania” (s. 310; zob. też: Frewen, Dozois, Joanisse, Neufeld, 2008). Z kolei Markus (1977) używa terminu *chronometryczne opisy przebiegu informacji* (s. 65; zob. też: Caprara, Cervone, 2000; Posner, 1978).

Wartość badań eksperymentalnych dotyczących kierowanego przez schematy przetwarzania informacji przez osoby z zaburzeniami odżywiania.

Mogg i in. (2001) twierdzą, że modele zaburzeń psychicznych oparte na schematach mogą być użyteczne, na przykład w planowaniu odpowiednich programów terapeutycznych, jednakże istnieje pilna potrzeba weryfikacji ich rzetelności. Wells i Mathews (1994) także uważają, że istnieje niewiele danych pochodzących z rygorystycznie przeprowadzonych badań dowodzących rzetelności teorii schematów. Chociaż autorzy ci twierdzą, że użycie takich pojęć jak *schematy* jest „nieco dyskusyjne” (s. 48), duże nadzieje wiążą z eksperymentalnymi badaniami dotyczącymi przetwarzania informacji, zwłaszcza bodźców emocjonalnych. Według nich ogromne znaczenie miałyby odkrycie proceduralnej organizacji wiedzy na temat Ja (*self-knowledge*), na przykład poprzez określenie, jak osoba ukierunkowuje uwagę w poszczególnych typach sytuacji lub jak przetwarza ona informację odnoszącą się do Ja. Powyższe uwagi odnoszą się także do zaburzeń odżywiania, tym bardziej, że wielu badaczy podkreśla, iż u pacjentów z tymi zaburzeniami schematy związane z kształtem i wagą ciała mogą utrzymywać ich kluczowe symptomy poprzez zaburzenie sposobu, w jaki jednostka postrzega oraz interpretuje to, czego doświadcza (np. Faunce, 2002). Vitousek i Hollon (1990) podkreślają znaczenie związanych z wagą schematów Ja, które mogą mieć wpływ na przetwarzanie informacji przez chorych, a mianowicie zniekształcają przetwarzanie informacji, tak aby było ono zgodne z tymi schematami, a zarazem potwierdzało je, a to sprzyja ich niezmienności (Johansson, 2006). Ponadto osoby z zaburzeniami odżywiania są odporne wobec informacji, które stoją w sprzeczności ze schematami, które je cechują (Vitousek, Hollon, 1990). Wreszcie schematy charakteryzujące osoby z zaburzeniami odżywiania, a zwłaszcza schematy Ja związane z wagą ciała, mogą odpowiadać za upór tych zaburzeń, gdyż wpływają na percepcję, myśli, afekt i zachowanie, głównie poprzez selektywną uwagę i pamięć (np. Ainsworth, Waller, Kennedy, 2002). Warto dodać za Vitousek i Hollonem (1990), że w miarę trwania choroby schematy występujące u osób z zaburzeniami odżywiania w coraz większym stopniu oddziałują na zachowanie, które z kolei staje się coraz bardziej stereotypowe. Tym bardziej nagłym zadaniem współczesnych badaczy zaburzeń odżywiania wydaje się być eksperymentalna weryfikacja opartego na schematach przetwarzania informacji w tej grupie klinicznej.

Znaczenie badań nad fenomenologicznymi cechami tendencyjności uwagi. Badanie, które przeprowadzili Koster, Crombez, Verschuere i in. (2004) wykazało, że tendencyjność uwagi może przejawiać różne fenomenologiczne cechy, które są uzależnione od stopnia, w jakim badany odczuwa zagrożenie ze strony bodźca

oraz od czasu prezentacji bodźców. Pierwsza zmienna nawiązuje do sposobu, w jaki badany wykrywa zagrażający bodziec. Można tutaj mówić o trzech komponentach tendencyjności uwagi: (1) o czujności, zaangażowaniu uwagi, orientacji w kierunku bodźca, (2) o trudności w odangażowaniu, czyli w oderwaniu uwagi od tego bodźca i (3) o unikaniu go. Druga zmienna dotyczy etapu poznawczego przetwarzania, w którym tendencyjność uwagi występuje, a mianowicie automatyczna tendencyjność uwagowa dotyczy błędów poznawczych, które pojawiają się bez świadomego rozpoznania bodźca wówczas, gdy czas prezentacji bodźców jest bardzo krótki, zaś strategiczna tendencyjność uwagowa dotyczy błędów poznawczych, które pojawiają się w warunkach świadomego rozpoznania bodźca, czyli wówczas, gdy czas prezentacji bodźców jest dłuższy (Cisler, Bacon, Williams, 2009). Chociaż niektóre współczesne teorie poznawcze opisują fenomenologiczne cechy tendencyjności uwagi dla bodźców zagrażających jako funkcję czasu, żadna z nich nie dostarcza szczegółowego temporalnego opisu każdej z tych cech (np. automatyczne zaangażowanie uwagi vs. strategiczna trudność w odangażowaniu uwagi). Z tego względu Cisler i in. (2009) podkreślają, że współczesne modele przetwarzania informacji i błędów uwagowych wydają się wymagać pewnej rewizji. W dotychczasowych badaniach nad tendencyjnością uwagi w zaburzeniach lękowych stosowano zazwyczaj czas prezentacji bodźców = 500 ms, w związku z tym nie można wykluczyć, że przed uwagowym unikaniem nie miały miejsca inne fenomeny związane z tendencyjnością uwagi (to jest czujność na bodziec lub trudność w odangażowaniu uwagi od niego; Cisler i in., 2009).

Należy podkreślić, że według wiedzy autorki wśród pacjentów z zaburzeniami odżywiania nie przeprowadzono dotychczas badań, które rozróżniałyby między trzema komponentami tendencyjności uwagi. Jedynie Cardi, Di Matteo, Corfield i Treasure (2013) wyróżniły nasiloną orientację uwagi w kierunku krytycznego bodźca i trudność w odangażowywaniu uwagi od niego (te dwa komponenty badano, stosując odpowiednio dwa czasy prezentacji bodźców: 500 ms i 1250 ms). Ponadto wśród pacjentów z zaburzeniami odżywiania przeprowadzono zaledwie trzy badania, w których zastosowano kilka czasów prezentacji bodźców (a zarazem podejmowano temat automatycznego vs. strategicznego przetwarzania informacji; Blechert, Ansorge, Tuschen-Caffier, 2010 – 150 ms i 1100 ms; Cardi i in., 2013 – 500 ms i 1250 ms; Lee, Shafran, 2008 – 500 ms i 2000 ms). W pozostałych badaniach czas prezentacji bodźców wynosił 500 ms. Wyjątek stanowiły trzy eksperymenty, w których czas prezentacji wynosił 1000 ms (Kim i in., 2014a; Kim, Kim, Park, Pyo, Treasure, 2014; Pona, Jones, Masterson, Ben-Porath, 2017). Zatem w przypadku tylko trzech badań z udziałem pacjentów z zaburzeniami odżywiania można mówić o eksploracji temporalnej charakterystyki tendencyjności uwagi.

Znaczenie doboru bodźców w badaniach nad tendencyjnością uwagi u pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Warto podkreślić, że dotychczas przeprowadzane badania tendencyjności uwagi wśród pacjentów z zaburzeniami odżywiania nie były pozbawione różnego rodzaju ograniczeń metodologicznych związanych z doбором bodźców. Należy tutaj wymienić: stosowanie bodźców słownych (a nie obrazkowych), stosowanie bodźców dotyczących jedzenia, kształtu i wagi ciała o walencji negatywnej (przy pominięciu bodźców pozytywnych), nieuwzględnianie bodźców związanych z samooceną, dobór bodźców do badań na podstawie ocen osób zdrowych i niedoceniając znaczenia ewaluacji bodźców przez osoby z zaburzeniami odżywiania, wreszcie zaniedbanie kontroli nad semantycznym powiązaniem prezentowanych bodźców, zwiększające ryzyko primingu (np. Shafran, Lee, Cooper i in., 2007). W badaniach opisywanych w niniejszej pracy autorka podjęła się modyfikacji zadania „dot-probe” w celu pokonania tych ograniczeń.

Obiecująca perspektywa zastosowania treningu tendencyjności uwagi u pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Badanie procesów poznawczych w zaburzeniach psychicznych ma duże znaczenie ze względu na możliwość ich aplikacji w praktyce klinicznej (Mathews, MacLeod, 2002). Jak twierdzi Johansson (2006), poznanie specyfiki selektywnego przetwarzania informacji u osób z zaburzeniami odżywiania może mieć kliniczne implikacje dla postępów w leczeniu tych chorób. Autorka podkreśla, że ważne jest zbadanie tendencyjności uwagi zarówno na świadomym, jak i na nieświadomym poziomie. Jeśli okazałoby się, że błędy uwagi dotyczą obu tych poziomów, oznaczałoby to, że analiza i kwestionowanie słuszności dysfunkcjonalnych postaw na poziomie świadomości są niewystarczające. W takiej sytuacji, chociaż na poziomie świadomym pacjent mógłby być zdolny do rozpoznawania, że jego postawy w stosunku do jedzenia i wyglądu ciała są dysfunkcjonalne i dezadaptacyjne, na poziomie nieświadomym poznawcze przetwarzanie przez niego informacji mogłoby być nadal zniekształcone, w dalszym ciągu wzmacniając dysfunkcjonalne postawy. Smith i Rieger (2006) stwierdzają, że tendencyjność uwagi może stanowić ważny cel oddziaływań podejmowanych w ramach interwencji psychoterapeutycznych, dążących do poprawy wizerunku ciała u osób z zaburzeniami odżywiania. Niestety, ten temat był dotychczas rzadko podejmowany w kontekście psychoterapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń obrazu ciała u tych osób. Warto podkreślić, że zaawansowana wiedza na temat tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania mogłaby umożliwić przeprowadzanie treningów uwagi dla tych chorych. W szczególności wyniki badań charakteryzujące tę zmienną w warunkach różnych czasów prezentacji bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania mogłyby pomóc w zaprojektowaniu nowatorskich interwencji, mających na celu zmianę kierunku

uwagi, a to z kolei spowodowałoby poprawę ich stanu psychicznego. Jedną z metod modyfikacji tendencyjności uwagi, która powstała w oparciu o zadanie „dot-probe” jest Trening Modyfikacji Tendencyjności Uwagi (*Attention Bias Modification Treatment*, ABMT; Bar-Haim, 2010). Chociaż ABMT był zaprojektowany z myślą o leczeniu osób z zaburzeniami lękowymi i liczne badania dowiodły jego skuteczności w łagodzeniu tych zaburzeń, stosuje się go również u pacjentów depresyjnych, uzależnionych od substancji psychoaktywnych, a także cierpiących na bezsenność. Coraz częściej ten typ interwencji stosuje się również u pacjentów z nieprawidłowymi zachowaniami dotyczącymi jedzenia. Lee i Shafran (2004) stwierdzają, że manipulowanie błędami uwagi poprzez zwiększanie/zmniejszanie uwagi selektywnej w kierunku bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania, na przykład z ciałem, może dostarczyć informacji o wpływie tych błędów na utrzymywanie się symptomów tych zaburzeń. Przede wszystkim jednak ABMT można stosować w celu zredukowania objawów zaburzeń odżywiania poprzez ćwiczenia mające na celu odwracanie uwagi od bodźców związanych z jedzeniem i ciałem. Wyniki dwóch przeprowadzonych dotychczas wśród pacjentów z zaburzeniami odżywiania badań, weryfikujących skuteczność treningu ABMT w generowaniu u nich pozytywnej zmiany w zakresie tendencyjności uwagi (Cardi, Esposito i in., 2015; Schmitz, Svaldi, 2017), okazały się bardzo obiecujące i pokazują, że warto poświęcić więcej miejsca treningowi tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania. Podejmując ten temat, należy zwrócić szczególną uwagę na wyniki tych badań, które pokazują temporalne wzory tendencyjności uwagi w tej grupie klinicznej.

Podsumowując, niniejsza praca powstała w odpowiedzi na ograniczenia dotychczas przeprowadzonych badań w zakresie przetwarzania informacji. Deficyt ten dotyczy przede wszystkim tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania.

CZĘŚĆ TEORETYCZNA

ZABURZENIA ODŻYWIANIA

Kryteria diagnostyczne zaburzeń odżywiania

Zaburzenia odżywiania to grupa zaburzeń psychicznych, które manifestują się zachowaniami w znaczącym stopniu odbiegającymi od społecznych wzorców jedzenia. Choć w niniejszej pracy autorka skoncentrowała się na dwóch najczęściej diagnozowanych zaburzeniach odżywiania (jadłowstręcie psychiczne i żarłoczności psychicznej), jednak poniżej przedstawiono kryteria diagnostyczne wszystkich jednostek nozologicznych zaliczanych do tej grupy.

Prezentując kryteria diagnostyczne zaburzeń odżywiania, autorka oparła się na najbardziej aktualnej klasyfikacji tych zaburzeń, zamieszczonej w piątej edycji *Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych* (w skrócie DSM-V) (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 2013), przy czym dodała ona kody tych zaburzeń, zamieszczone w *Dziesiątej rewizji międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych. Modyfikacji klinicznej* (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD-10-CM, 2018).

We wspomnianym DSM-V (2013) zastąpiono kategorię o nazwie *zaburzenia odżywiania* (*eating disorders*) nową kategorią o nazwie *zaburzenia jedzenia i odżywiania się* (*feeding and eating disorders*)⁴. Te choroby w ujęciu DSM-V (2013) charakteryzują się utrwalonym zaburzeniem zachowań związanych z jedzeniem, co skutkuje zmienioną konsumpcją lub absorpcją pokarmu i wpływa bardzo negatywnie na zdrowie fizyczne i funkcjonowanie psychospołeczne jednostki. Według

⁴ W niniejszej pracy autorka dla uproszczenia posługuje się, poza niniejszą częścią dotyczącą kryteriów diagnostycznych, nazwą: „zaburzenia odżywiania” (zob. też: Żechowski, 2008a).

DSM-V (2013) do zaburzeń jedzenia i odżywiania się zaliczane są takie jednostki nozologiczne jak: Pica, Zaburzenie przeżuwania, Zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów, Jadłowstręt psychiczny, Żarłoczność psychiczna, Zaburzenie z napadami objadania się, Inne określone zaburzenie jedzenia i odżywiania się, Nieokreślone zaburzenie jedzenia i odżywiania się. Otyłość nie została włączona w klasyfikację DSM-V jako zaburzenie psychiczne, gdyż, jak piszą autorzy DSM-V (2013), jest ona następstwem długotrwałego przyjmowania pokarmu w ilości przewyższającej potrzeby energetyczne organizmu. Może być ona wynikiem szeregu czynników, na przykład genetycznych, fizjologicznych, behawioralnych czy środowiskowych. Poniżej przedstawiono kryteria diagnostyczne poszczególnych jednostek nozologicznych należących do zaburzeń jedzenia i odżywiania się, zamieszczone w podręczniku *Kryteria diagnostyczne z DSM-V. Desk reference* (Gałęcki, Świącicki, 2015).

Pica. W DSM-V (2013) Pica nie jest oznaczona kodem. W klasyfikacji ICD-10-CM (2018) jest ona oznaczona kodem (F98.3) w przypadku dzieci i kodem (F50.8) w przypadku osób dorosłych.

Kryteria diagnostyczne:

- A. Utrwalone spożywanie niejadalnych substancji przez okres co najmniej 1 miesiąca.
- B. Spożywanie niejadalnych substancji jest niewłaściwe dla danego wieku rozwojowego.
- C. Opisane zachowanie związane z odżywianiem się nie jest częścią praktyki rozpowszechnionej w danym kręgu kulturowym ani nie ma poparcia społecznego.
- D. Jeśli zachowanie związane z odżywianiem się występuje wyłącznie w przebiegu innego zaburzenia psychicznego (np. Niepełnosprawności intelektualnej [Zaburzenia rozwoju intelektualnego], Zaburzenia należącego do spektrum autyzmu, Schizofrenii) lub stanu ogólnomedycznego (w tym ciąży), jest wystarczająco poważne, by stać się przedmiotem zainteresowania klinicznego.

Zaburzenie przeżuwania. W DSM-V (2013) przyporządkowano mu kod 307.53. W ICD-10-CM (2018) natomiast oznaczono je symbolem (F98.21).

Kryteria diagnostyczne:

- A. Powtarzające się zwracanie pokarmu, utrzymujące się przez co najmniej miesiąc. Zwrócony pokarm może być ponownie przeżuwany, połykany lub wypływany.

- B. Powtarzające się zwracanie pokarmu nie jest spowodowane chorobą układu pokarmowego lub innym stanem ogólnomedycznym (np. refluksem żołądkowo-przełykowym, przerostem odźwiernika).
- C. Zaburzenie nie występuje wyłącznie w przebiegu Jadłowstrętu psychicznego, Żarłoczości psychicznej, Zaburzenia z napadami objadania się lub Zaburzenia polegającego na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów.
- D. Jeśli objawy występują w przebiegu innego zaburzenia psychicznego (np. Upośledzenia intelektualnego [Zaburzenia rozwoju intelektualnego] lub innego zaburzenia neurorozwojowego), są wystarczająco poważne, by stać się przedmiotem zainteresowania klinicznego.

Zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów. Zaburzenie opisano w DSM-V (2013) kodem 307.59. W ICD-10-CM (2018) oznaczono je jako (F50.8).

Kryteria diagnostyczne:

- A. Zakłócenie odżywiania się lub jedzenia (np. wyraźny brak zainteresowania jedzeniem lub pożywieniem, unikanie oparte na charakterystyce organoleptycznej pokarmu, obawy o niepożądane konsekwencje jedzenia) wyrażone poprzez stałe niepowodzenia w zaspokajaniu potrzeb odżywczych i/lub energetycznych związane z co najmniej jednym z poniższych:
 1. Znaczna utrata masy ciała (lub trudności z osiągnięciem oczekiwanej masy ciała, albo też, w przypadku dzieci, spowolnienie procesu wzrastania).
 2. Znaczne niedobory odżywcze.
 3. Zależność od żywienia dojelitowego lub przyjmowania doustnych suplementów diety.
 4. Wyraźny wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne.
- B. Zakłócenia nie można lepiej wyjaśnić brakiem dostępności pożywienia lub praktykami charakterystycznymi dla danego kręgu kulturowego.
- C. Zaburzenie nie występuje wyłącznie w przebiegu Jadłowstrętu psychicznego lub Żarłoczości psychicznej i nie ma dowodów na zakłócenie postrzegania swojej masy ciała lub wyglądu zewnętrznego przez daną osobę.
- D. Zaburzenie nie jest spowodowane innym stanem ogólnomedycznym i nie może być lepiej wyjaśnione występowaniem innego zaburzenia psychicznego. Jeśli zaburzenie występuje w przebiegu innego stanu lub zaburzenia, nasilenie występujących objawów przekracza to charakterystyczne dla danego stanu lub zaburzenia i jest przedmiotem zainteresowania klinicznego.

Jadłowstręt psychiczny. W DSM-V (2013) Jadłowstręt psychiczny nie jest oznaczony kodem. W ICD-10-CM (2018) wybór kodu zależy od postaci zaburzenia, jaka występuje.

(F50.01) Postać ograniczająca: Podczas ostatnich 3 miesięcy dana osoba nie podejmowała regularnie zachowań, takich jak objadanie się lub przeczyszczanie (tzn. prowokowanie przez siebie wymiotów, nadużywanie substancji przeczyszczających, środków moczopędnych lub wlewów przeczyszczających). Postać ta jest związana ze stosowaniem diet odchudzających, głodówek i/lub przesadnie ciężkich ćwiczeń fizycznych.

(F50.02) Postać z napadami objadania się/przeczyszczaniem: Podczas ostatnich 3 miesięcy dana osoba podejmowała regularnie zachowania, takie jak objadanie się lub przeczyszczanie (tzn. prowokowanie przez siebie wymiotów, nadużywanie substancji przeczyszczających, środków moczopędnych lub wlewów przeczyszczających).

Kryteria diagnostyczne:

- A. Ograniczenie podaży energii w stosunku do wymagań, prowadzące do wystąpienia niedostatecznej masy ciała, określonej w odniesieniu do wieku, płci, krzywej rozwoju (trajektorii rozwoju) i stanu zdrowia. Niedostateczna masa ciała jest zdefiniowana jako masa ciała utrzymująca się poniżej minimalnej prawidłowej masy ciała lub, w przypadku dzieci i osób dorastających, poniżej minimalnej oczekiwanej masy ciała.
- B. Silna obawa o zwiększenie masy ciała lub przytycie albo utrzymujące się zachowania wpływające na zmniejszenie masy ciała, nawet w przypadku występowania niedostatecznej masy ciała.
- C. Zakłócenie w zakresie postrzegania masy ciała lub kształtu własnego ciała, nadmierny wpływ masy ciała lub kształtu ciała na samoocenę albo uporczywy brak postrzegania występującej niedostatecznej masy ciała jako problemu.

Żarłoczność psychiczna. W klasyfikacji DSM-V (2013) zakodowano ją jako 307.51. Kod w ICD-10-CM (2018) to (F50.2).

Kryteria diagnostyczne:

- A. Nawracające epizody objadania się. Epizod objadania się charakteryzuje się obiemą z następujących cech:
 - 1. Jedzenie w określonym czasie (np. w ciągu dwóch godzin) takiej ilości pożywienia, która zdecydowanie przekracza to, co większość ludzi zjadłaby w podobnym czasie w podobnych okolicznościach.

2. Poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie opisanego epizodu (np. poczucie, że nie można zaprzestać jedzenia lub zapanować nad tym, ile się zjada).
- B. Nawracające nieodpowiednie zachowania kompensacyjne podejmowane w celu zapobieżenia przyrostowi masy ciała, takie jak: prowokowanie wymiotów, nadużywanie leków przeczyszczających, moczopędnych lub innych leków, głodowanie lub nadmiernie ciężkie ćwiczenia fizyczne.
- C. Obydwa – objadanie się oraz nieodpowiednie zachowania kompensacyjne – występują co najmniej raz w tygodniu przez trzy miesiące.
- D. Samoocena pozostaje pod nadmiernym wpływem kształtu i masy ciała.
- E. Zakłócenie nie występuje wyłącznie podczas epizodów Jadłowstrętu psychicznego.

Zaburzenie z napadami objadania się. Oznaczone zostały kodem 307.51 w DSM-V (2013). W ICD-10-CM (2018) zaburzenie to opisano jako (F50.8).

Kryteria diagnostyczne:

- A. Nawracające epizody objadania się. Epizod objadania się charakteryzuje się obiemą z następujących cech:
 1. Jedzenie w określonym czasie (np. w ciągu dwóch godzin) takiej ilości pożywienia, która zdecydowanie przekracza to, co większość ludzi zjadłaby w podobnym czasie w podobnych okolicznościach.
 2. Poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie opisanego epizodu (np. poczucie, że nie można zaprzestać jedzenia lub zapanować nad tym, ile się zjada).
- B. Epizody objadania się są związane z co najmniej trzema z poniższych:
 1. Jedzeniem szybszym niż w przypadku większości ludzi.
 2. Jedzeniem do osiągnięcia nieprzyjemnej pełności.
 3. Jedzeniem dużych ilości jedzenia, pomimo braku odczuwania głodu.
 4. Jedzeniem w samotności z powodu wstydu wywołanego ilością spożywanego pokarmu.
 5. Poczuciem obrzydzenia samym sobą, przygnębiaenia lub nasilonym poczuciem winy po epizodzie objadania się.
- C. Wyraźne cierpienie spowodowane objadaniem się.
- D. Epizody objadania się występują średnio co najmniej raz w tygodniu przez trzy miesiące.
- E. Epizody objadania się nie są związane z występowaniem powtarzanych nieodpowiednich zachowań kompensacyjnych, jak w Żarłoczności psychicznej.

chicznej, i nie występują wyłącznie w przebiegu Żarłoczności psychicznej lub Jadłowstrętu psychicznego.

Inne określone zaburzenia jedzenia i odżywiania się. Zaburzenia te oznaczone są w DSM-V (2013) kodem 307.59. W klasyfikacji ICD-10-CM (2018) przypisano im kod (F50.8).

Kategorię tę stosuje się w przypadkach, w których objawy, charakterystyczne dla Zaburzenia jedzenia i odżywiania się, wywołujące klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innym istotnym obszarze, nie spełniają pełnych kryteriów żadnego spośród rozpoznań w klasie diagnostycznej Zaburzenia jedzenia i odżywiania się. Kategoria Inne określone zaburzenia jedzenia i odżywiania się jest stosowana w sytuacjach, w których lekarz pragnie podkreślić, że dany przypadek nie spełnia kryteriów rozpoznania Zaburzenia jedzenia i odżywiania się. By to osiągnąć, stosuje się zapis „Inne określone zaburzenie jedzenia i odżywiania się”, a następnie konkretny powód użycia tej kategorii (np. „Żarłoczność psychiczna z niską częstością występowania epizodów”).

Poniżej przedstawiono przykłady przypadków, które mogą zostać opisane jako „inne określone”:

1. Jadłowstręt psychiczny atypowy: spełnione są wszystkie kryteria dla rozpoznania Jadłowstrętu psychicznego z wyjątkiem znacznej utraty masy ciała – masa ciała utrzymuje się w zakresie normy lub powyżej normy.
2. Żarłoczność psychiczna (z niską częstością występowania epizodów i/ lub o ograniczonym czasie trwania): spełnione są wszystkie kryteria dla rozpoznania Żarłoczności psychicznej poza występowaniem napadów objadania się i nieodpowiednich zachowań kompensacyjnych rzadziej niż raz w tygodniu i/lub w okresie krótszym niż 3 miesiące.
3. Zaburzenie z napadami objadania się (z niską częstością występowania epizodów i/lub o ograniczonym czasie trwania): spełnione są wszystkie kryteria dla rozpoznania Zaburzenia z napadami objadania się poza występowaniem napadów objadania się rzadziej niż raz w tygodniu i/lub w okresie krótszym niż 3 miesiące.
4. Zaburzenie z przeczyszczaniem się: przeczyszczanie się, powtarzane w celu wpłynięcia na masę ciała lub na kształt ciała (np. prowokowanie wymiotów, nadużywanie leków przeczyszczających, moczopędnych lub innych leków), bez napadów objadania się.
5. Nocne objadanie się: nawracające epizody jedzenia nocą, manifestujące się potrzebą jedzenia po przebudzeniu lub spożywaniem nadmiernej ilości pokarmu po wieczornym posiłku. Dana osoba jest świadoma swoich zachowań

i pamięta o nich. Nocnego objadania się nie można wyjaśnić czynnikami zewnętrznymi, takimi jak zmiana w cyklu sen-czuwanie lub miejscowymi normami społecznymi. Nocne objadanie się powoduje znaczące cierpienie i/lub upośledzenie funkcjonowania. Zakłócony wzorzec jedzenia nie może zostać lepiej wyjaśniony występowaniem Zaburzenia z napadami objadania się lub innego zaburzenia psychicznego, w tym nadużywania substancji, i nie jest spowodowany innym stanem ogólnomedycznym lub wpływem leku.

Nieokreślone zaburzenie jedzenia i odżywiania się. Kategorię tę stosuje się w przypadkach, w których dominują objawy charakterystyczne dla Zaburzenia jedzenia i odżywiania się, a które wywołują klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innym istotnym obszarze, jednak nie spełniają w całości kryteriów rozpoznania żadnego z zaburzeń z klasy diagnostycznej Zaburzenia jedzenia i odżywiania się. Kategoria Nieokreślone zaburzenie jedzenia i odżywiania się jest stosowana w sytuacjach, w których lekarz celowo nie określa powodu, dla którego nie są spełnione kryteria rozpoznania Zaburzenia jedzenia i odżywiania się oraz w sytuacjach, w których nie ma możliwości uzyskania dokładniejszych informacji, by móc ustalić bardziej określone rozpoznanie (np. w warunkach oddziału ratunkowego).

Inne zaburzenia psychiczne związane z odżywianiem się nie ujęte w DSM-V (2013)

Należy wymienić następujące zaburzenia psychiczne związane w mniejszym lub większym stopniu z odżywianiem się, które nie zostały dotychczas umieszczone w DSM-V (2013) oraz ICD-10-CM (2018):

- **Ortoreksja.** Obsesja dotycząca jakości przyjmowanego pokarmu, przyjęcie ideologii „jedynie słusznego jedzenia”; w przebiegu tego zaburzenia, przyjmowanie odpowiedniego pożywienia staje się ważnym, a nawet pierwszorzędnym, aspektem życia chorego (Brytek-Matera, Donini, Krupa, Poggiogalle, Hay, 2015; Starzomska, 2008a);
- **Zespół Gourmanda.** Obsesyjna dbałość chorego o sposób podawania i spożywania pokarmu (Starzomska, 2008a);
- **Wilczy apetyt na słodczy.** Potrzeba zjadania dużej ilości słodczy, na przykład dziesięciu lub nawet większej liczby tabliczek czekolady dziennie (Mroczkowska, Ziółkowska, Cwojdzńska, 2007);
- **Hyperfagia.** Niemożliwe do zaspokojenia ogromne łaknienie, nie tylko w przebiegu **Zespołu Pradera-Williego**, czyli rzadkiej choroby genetycz-

nej, której głównymi objawami są: hipotonia mięśniowa, hipogonadyzm oraz otyłość wynikająca z potrzeby zaspokajania stale odczuwanego głodu (Mroczkowska i in., 2007);

- **Anarchia jedzeniowa.** Ciągłe podjadanie i nieregularne spożywanie produktów, zazwyczaj typu „fast food”, przy rezygnacji z normalnych, planowych posiłków (Mroczkowska i in., 2007);
- **Drunkoreksja**, inaczej **alkoreksja.** Nadmierne spożycie alkoholu przy skrajnym ograniczaniu spożywanych pokarmów (Knight, Simpson, 2013);
- **Kompulsywne ćwiczenie**, nazywane także jadłowstrętem psychicznym sportowców. Obsesja dotycząca ćwiczeń fizycznych, której towarzyszy dbałość o nienaganną wagę i odpowiednią dla utrzymania tej wagi i sprawności fizycznej dietę (Starzomska, 2008a);
- **Bigoreksja**, nazywana również odwróconym jadłowstrętem psychicznym (*reverse anorexia nervosa*). Obsesja na tle umięśnionego ciała; chory na nią cierpiący uważa, że jest zbyt chudy, niski lub słabo umięśniony, pomimo tego, że zazwyczaj jest dobrze zbudowany (Mroczkowska i in., 2007; Starzomska, Cylwik, 2013);
- **Manoreksja.** Jest to jadłowstręt psychiczny występujący u mężczyzn (Swe-eting i in., 2015);
- **Diabulimia.** Jest to jadłowstręt psychiczny występujący u diabetyków (Davidson, 2014);
- **Pro-ana** (skrót od *pro-anorexia nervosa*). Jadłowstręt psychiczny, w którego przebiegu istotną rolę odgrywa ideologia, według której nie jest on chorobą, a świadomym wyborem stylu życia. Głównym miejscem wyznawania oraz rozpowszechniania pro-any jest Internet (Lladó, González-Soltero, Blanco Fernández de Valderrama, 2017);
- **Pro-mia** (skrót od *pro-bulimia nervosa*). Żarłoczność psychiczna, w której przebiegu istotną rolę odgrywa ideologia, promująca ją jako świadomy sposób efektywnego odchudzania, która nie krytykuje samego jedzenia, pod warunkiem, że zawsze jest ono zakończone wywołaniem wymiotów pozwalających na zachowanie i uzyskanie niskiej wagi. Jak w przypadku pro-any, głównym miejscem jej wyznawania oraz rozpowszechniania jest Internet (Lladó i in., 2017);
- **Pregoreksja.** Zaburzenie psychiczne, polegające na głodzeniu się, a także nadmiernej koncentracji na swojej figurze i wyglądzie w okresie ciąży, zazwyczaj dotyczące kobiet, które wcześniej cierpiały na zaburzenia odżywiania, a u których problem powraca, gdy przybierają na wadze w okresie ciąży (Mathieu, 2009);

- **Neofobia.** Odmowa przyjmowania jedzenia, która ma miejsce zazwyczaj jeszcze przed spróbowaniem nowego produktu; często choroba ta dotyczy dzieci (Kozioł-Kozakowska, Pióreczka, Schlegel-Zawadzka, 2018);
- **Permorksj.** Uzależnienie od diety (Thomas, Vartanian, Brownell, 2009);
- **Dysmorfofobia.** Zaabsorbowanie własnym (negatywnym w mniemaniu osoby chorej) wyglądem, przy czym osoba nie tyle boi się otyłości, co brzydoty (np. Pope, Gruber, Choi, Olivardia, Phillips, 1997; Varma, Rastogi, 2015).

Epidemiologia zaburzeń odżywiania

Przed powstaniem DSM-V (2013) najczęstszym rozpoznaniem wśród pacjentów z zaburzeniami odżywiania była diagnoza zaburzenia odżywiania nieokreślonego inaczej (*Eating Disorder Not Otherwise Specified*, EDNOS), które było jedną z jednostek nozologicznych w *Czwartej Edycji Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychicznych, wersji poprawionej (Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text Revision, DSM-IV-TR, 2000)*. Ukazanie się DSM-V (2013) znacznie zredukowało liczbę rozpoznań tego zaburzenia odżywiania. Według Jagielskiej i Kacperskiej (2017) częstość występowania jadłowstrętu psychicznego wynosi 1,2–2,2%. Z kolei według Malary, Joško, Kasperczyka i Kameckiej-Krupy (2010) częstość występowania jadłowstrętu psychicznego w krajach Europy Zachodniej szacowana jest na 0,2–0,9%, a według Makino, Tsuboi i Dennersteina (2004) wynosi ona 0,1–5,7% w populacji kobiet. Ponadto Malara i in. (2010) stwierdzają, że żarłoczność psychiczna dotyczy 3,9–19% populacji (głównie kobiet) w wieku 19–30 lat oraz dziewcząt (15–16 lat). Dla porównania, wskaźniki zachorowalności podawane przez Hoeka i van Hoeken (2003) dla młodych kobiet (w wieku 15–19 lat) wynosiły: dla jadłowstrętu psychicznego – 0,3%, dla żarłoczności psychicznej – 1% (0,1% dla młodych mężczyzn) oraz dla zaburzenia z napadami objadania się – 1% (zob. też: Portela de Santana, da Costa Ribeiro Junior, Mora Giral, Raich, 2012). Micali i in. (2017) odkryli, że 15,3% kobiet między 40. a 59. rokiem życia spełnia kryteria diagnostyczne zaburzenia odżywiania (w badaniu rozpatrywano częstość występowania choroby w ciągu całego życia, *life time prevalence*). Z kolei według Sminka, van Hoeken i Hoeka (2013) częstość występowania jadłowstrętu psychicznego, żarłoczności psychicznej i zaburzenia z napadami objadania się (diagnozowanych na podstawie DSM-V, 2013) w ciągu całego życia wynosi odpowiednio 4%, 2% i 2% populacji. Pike, Hoek i Dunne (2014) stwierdzają, że częstość zachorowań na zaburzenia odżywiania wzrasta w krajach arabskich i azjatyckich wraz z postępującą industrializacją, urbanizacją i globalizacją. Podobnie według Malary i in. (2010) coraz więcej zachorowań na zaburzenia odżywiania odnotowuje się w Japonii, Hongkongu, Argentynie i na

wyspach Fidżi oraz w populacjach Azji i Afryki, a liczba chorych rośnie wraz ze wzrostem dobrobytu oraz z przejmowaniem przez tamtejszą ludność zachodniego stylu życia i sposobu odżywiania się. Przegląd badań dokonany przez Hoeka (2016) ujawnił następujące wskaźniki częstości zachorowania na jadłowstręt psychiczny: Chiny – 1,05%, Japonia – 0,43%, Afryka – < 0,01%, kraje latynoamerykańskie – 0,1%, USA (osoby pochodzące z Hiszpanii i krajów latynoamerykańskich) – 0,08%. Badacz podaje ponadto następujące wskaźniki zachorowania na żarłoczność psychiczną: Chiny – 2,98%, Japonia – 2,32%, Afryka – 0,87%, kraje latynoamerykańskie – 1,16%, USA (osoby pochodzące z Hiszpanii i krajów latynoamerykańskich) – 1,61%. Z kolei wskaźniki zachorowania na zaburzenie z napadami objadania się podawane przez autora przedstawiają się następująco: Chiny – 3,58%, Japonia – 3,32%, Afryka – 4,45%, Ameryka Południowa – 3,53%, USA (osoby pochodzące z Hiszpanii i krajów latynoamerykańskich) – 1,92%. Najbardziej uderzające odkrycie badacza to bardzo niska częstość występowania jadłowstrętu psychicznego w Afryce i w krajach latynoamerykańskich oraz wśród hiszpańskich/latynoamerykańskich mieszkańców USA w porównaniu z krajami Europy Zachodniej, ale także w porównaniu z krajami azjatyckimi takimi, jak Chiny i Japonia (zob. też: Smink i in., 2012). W Polsce częstość występowania zaburzeń odżywiania jest podobna do częstości występowania chorób z tej grupy w krajach Europy Zachodniej (np. Czarnewicz-Kamińska, Gro-nowska-Senger, 2007). Malara i in. (2010) podają, że w Polsce częstość jadłowstrętu psychicznego wynosi 0,8–1,8% dla dziewcząt poniżej 18. roku życia.

Uwarunkowania zaburzeń odżywiania

Badacze zaburzeń odżywiania od ponad 50 lat prowadzą intensywne badania nad uwarunkowaniami tych chorób. Poniżej przedstawiono przegląd stanu współczesnej wiedzy na ten temat.

Uwarunkowania biologiczne.

Teorie genetyczne. Badania rodzin i bliźniąt wskazują na dużą rolę podłoża genetycznego w etiopatogenezie zaburzeń odżywiania. Klump, Kaye i Strober (2001) szacują udział czynników genetycznych w rozwoju zaburzeń odżywiania na 50%, z kolei Trace, Baker, Peñas-Lledó i Bulik (2013) – na 40–60%, a Mayhew, Pigeyre, Couturier i Meyre (2018) – na 28–83%. Badania genów kandydujących początkowo były prowadzone w odniesieniu do głównych neuroprzekaźników ośrodkowego układu nerwowego, takich jak serotonina czy dopamina, oraz genów związanych z regulacją przyjmowania pokarmu i kontroli masy ciała. Następnie poszukiwano endofenotypów (Dmitrzak-Węglarz, 2010). Niektóre badania doprowadziły do ważnych wniosków,

na przykład udało się dowieść, że promotor genu odpowiadającego za transport norepinefryny może odpowiadać za restryktywną postać jadłowstrętu psychicznego (Urwin i in., 2002), lecz niestety, nie można powiedzieć, że badania nad genetycznymi uwarunkowaniami zaburzeń odżywiania przyniosły rozstrzygające rezultaty (Dmitrzak-Węglarz, 2010; Mayhew i in., 2018; Pieri, Campbell, 1999). Dużą nadzieję badacze pokładają w badaniach asocjacyjnych w skali całego genomu (Dmitrzak-Węglarz, 2010).

Teorie hormonalne. Głównym wnioskiem z badań endokrynologów zajmujących się zaburzeniami odżywiania jest to, iż u pacjentów z tymi zaburzeniami występuje silna aktywacja układu podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowego (Giordano, 2008; Licinio, Wong, Gold, 1996; Weiner, Katz, 1983; Wiśniewski, 2009; zob. też: Otto-Buczkowska, 2008), chociaż na powstanie tych chorób może mieć również wpływ funkcjonowanie układu podwzgórzowo-przysadkowo-gonadalnego i układu podwzgórzowo-przysadkowo-tarczycowego (Giordano, 2008).

Teorie neurobiologiczne. Przeprowadzono liczne badania eksplorujące neurobiologiczne podłoże zaburzeń odżywiania (np. Frank, 2015; Kaye, 2008). Wykazano, że za ich powstanie może odpowiadać zaburzony system serotoninergetyczny, a mianowicie wysoki poziom serotoniny w rejonach receptorów $5HT_{1A}$, odpowiadających między innymi za lęk i kontrolę impulsów, oraz niski poziom serotoniny w rejonach receptorów $5HT_{2A}$, odpowiadających między innymi za ilość przyjmowanego pokarmu (Kaye, Bailer, Frank, Wagner, Henry, 2005; Kaye i in., 2005). Ważny w etiopatogenezie zaburzeń odżywiania może być również poziom melankortyny, odpowiadającej za apetyt i reakcję na stres (Fetissov i in., 2005).

Teorie dietetyczne. Wykazano, że niedobór cynku może powodować zmniejszenie się apetytu w jadłowstręcie psychicznym oraz innych zaburzeniach odżywiania. Także niedobór tyrozyny i tryptofanu (prekursorów monoaminowych neurotransmiterów, kolejno: norepinefryny i serotoniny) oraz witaminy B1 (tiaminy) może odpowiadać za podjęcie przez osobę ostrej diety (np. Shay, Mangian, 2000).

Uwarunkowania psychologiczne.

Podejście psychoanalityczne. Według podejścia psychoanalitycznego nieprawidłowa relacja między matką a dzieckiem, polegająca na przykład na nieumiejętnym jego karmieniu, uniemożliwiająca osiągnięcie przez nie autonomii, powoduje, że takie dziecko ma słabo wykształcone poczucie tożsamości (Bruch, 2001; Lemma-Wright, 1994; McDougall, 1989; Zerbe, 1993a; zob. też: Bergmann, 1990; Gonzales, 1990; Schwartz, 1990; Sprince, 1990; Tabin, Tabin, 1990) i odczuwa silne lęki przed

odczuciami seksualnymi, które cechują adolescencję (Gesensway, 1990; Lemma-Wright, 1994; Oliner, 1990; Schwartz, 1990; Steiger, Jabalpurwala, Champagne, Stotland, 1997; Tabin, Tabin, 1990; Ziolkowski, 1990). Warto dodać, że według Lamoureux i Bottorff (2005) jadłowstręt psychiczny jest „w sposób nieświadomy stosowany jako sposób radzenia sobie z wymaganiami, jakie niesie z sobą życie lub trudnościami związanymi z dojrzewaniem” (s. 184). Relację między matką i dzieckiem (najczęściej jest to córka), które jest podatne na zaburzenia odżywiania, można określić za pomocą następujących sformułowań: „jedno ciało dla dwojga” („*one body for two*”; McDougall, 1989, s. 37) oraz „czyje to ciało?” („*whose body is it anyway?*”; Zerbe, 1993a, s. 161). W przypadku takich dzieci głodówka jest jedyną dopuszczalną formą opozycji wobec matki, swoistą próbą uwolnienia się od jej zaborczości: „jakby poprzez głodzenie się, czyli »niebranie«, mogły pozwolić sobie na mniejsze posłuszeństwo i większą indywidualność” (Stobiecka, 2000, s. 251; zob. też: Levens, 1995). Jest to szczególnie widoczne u osób z jadłowstrętem psychicznym. Choroba:

jest orężem wytrącającym broń z ręki matki. Chore zwykle bowiem boją się i unikają jawnej konfrontacji, nauczone w dzieciństwie uległości, do której zmusiła je zagrażająca i kontrolująca matka. Adolescencja jest w takim wypadku okresem odwetu i próbą unicestwienia matki za pomocą wewnątrzpsychicznych zabiegów. Niestety, „areną”, na której odbywa się ta walka, jest sama chora, a zabijane zostaje jej ciało utożsamione ze złym obiektem – matką (Stobiecka, 2000, s. 256).

Czy można się zatem dziwić chorej (zachowując oczywiście świadomość metaforyczności wywodu), że „w takiej sytuacji każda próba namówienia jej na jedzenie jest faktycznie odbierana jako atak na jej życie psychiczne, które zapewnione jest tylko przez uśmiercenie ciała” (Stobiecka, 2000, s. 257), przy czym chora wierzy w to, że „głodząc się i nawet umierając w rezultacie tego, przetrwa psychicznie” (Sacksteder, 1989, s. 367)? W ramach takiej interpretacji należałoby prawdopodobnie rozpatrywać stwierdzenie jednej z młodych kobiet z jadłowstrętem psychicznym, według którego najlepsza w tej chorobie jest śmierć, przy czym osoba ta kończy swoją refleksję słowami „oznacza to, że wygrałaś” (Warin, 2004, s. 101).

Podejście systemowe. To podejście do zaburzeń odżywiania powstało w oparciu o teorię rodzin psychosomatycznych Minuchina, Rosman i Bakera (1978). Według tego podejścia choroba dziecka (pierwotnie badano dzieci diabetyczne, później astmatyczne i dzieci z jadłowstrętem psychicznym) odgrywa w systemie rodzinnym funkcję regulacyjną, tzn. podtrzymuje strukturę rodziny (Barett, Schwartz, 1987; Liebermann, 1995; Moley, 1987; Roberto, 1987; Wooley, Lewis, 1987; zob. też: Namysłowska, 1997).

Łatwo to rozpoznać, gdyż chore dzieci tracą kontrolę nad symptomem, gdy przebywają w domu z rodzicami (Fishman, 1996; Malan, 1997). Minuchin i in. (1978) wymienili następujące cechy takich rodzin: uwikłanie, nadopiekuńczość, sztywność, unikanie rozwiązywania konfliktu. Ponadto Schwartz, Barrett i Saba (1985) wyróżnili trzy następujące cechy charakteryzujące rodziny z dziećmi z żarłocznością psychiczną: izolacja rodziny od społeczeństwa, nacisk na wygląd, szczególne znaczenie jedzenia w rodzinie, które używane jest jako narzędzie komunikacji (zob. też: Barrett, Schwartz, 1987; Darrow, Accurso, Nauman, Goldschmidt, Le Grange, 2017; Fisher, Bushlo, 2015).

Obecnie według wiodącego podejścia systemowego do zaburzeń odżywiania, zastosowanego po raz pierwszy w terapii rodzinnej w The Maudsley Hospital w latach '80, trudności w funkcjonowaniu rodziny z dzieckiem z zaburzeniami odżywiania są spowodowane, przynajmniej w części, próbą przystosowania się jej do choroby (Cook-Darzens, Doyen, Fallisard, Mouren, 2005; Lock, Le Grange, Agras, Dare, 2001).

Ciekawą systematyzację podejść do uwarunkowań rodzinnych zaburzeń odżywiania zaproponowała Józefik (2006). Autorka wymieniła następujące ujęcia uwarunkowań rodzinnych jadłowstrętu psychicznego (stosując przy tym termin: *anoreksja psychiczna*): koncepcja rodziny psychosomatycznej Minuchina; koncepcja Selvini-Palazzoli, w świetle której jadłowstręt psychiczny jest rezultatem gry rodzinnej; koncepcja Webera i Stierlina, według której chorobę tę należy rozpatrywać w kontekście wiązania, delegowania oraz idei poświęcania się, oraz koncepcja White'a, w ramach której jadłowstręt psychiczny stanowi wyraz „bycia” w opresji systemu przekonań. Z kolei jeśli chodzi o żarłoczność psychiczną, Józefik (która stosuje dla nazwania tej choroby termin: *bulimia psychiczna*) wymienia następujące ujęcia dotyczące jej rodzinnych uwarunkowań: koncepcja Reicha i Cierpki, według której choroba ta jest rezultatem podwójnej realności, sprzeczności i tajemnic; ujęcie Grone, według którego żarłoczność psychiczna jest wyrazem określonej mapy świata; koncepcja Roberto, według której choroba ta powinna być analizowana w kontekście międzypokoleniowych utrat i legatów, oraz koncepcja Webera i Stierlina, w świetle której żarłoczność psychiczna stanowi rezultat utrudnionej koindywidualacji.

Podejście poznawcze. Poznawcze podejście do zaburzeń odżywiania powstało na podstawie obserwacji przebiegu i wyników terapii behawioralno-poznawczej, według których osoby z zaburzeniami odżywiania oceniają siebie przede wszystkim, a nawet wyłącznie, w terminach jedzenia, kształtu i wagi ciała oraz umiejętności ich kontrolowania, co wpływa na pojawienie się i utrzymywanie się objawów tych zaburzeń, na przykład ostrej diety (np. Fairburn i in., 2003). Warto dodać, że według Jones i in. (2007) jadłowstręt psychiczny i żarłoczność psychiczna są zasadniczo poznawczymi zaburzeniami, w których główne zniekształcenie poznawcze

przejawia się poprzez charakterystyczny układ postaw i wartości dotyczących wagi i kształtu ciała. Ten typ zniekształcenia badacze ci uważają za „główną psychopatologię” („*core psychopathology*”, s. 156) tych zaburzeń, która oscyluje wokół tematów jedzenia. Centralne dla poznawczych teorii zaburzeń odżywiania jest założenie, że przekonania i oczekiwania dotyczące jedzenia i rozmiaru ciała są zniekształcone na korzyść selektywnego przetwarzania informacji związanej z otyłością/szczupłością, dietą i kontrolą przyjmowania pokarmu i/lub wagi ciała. Wiele hipotez z tego zakresu zaproponowanych w ramach różnych teorii (np. Fairburn i in., 2003) zostało potwierdzonych empirycznie. Należy dodać, że osoby z jadłowstrętem psychicznym przejawiają słabą poznawczą elastyczność (jest to zdolność do zmiany wcześniejszych wzorów myślenia, co ma związek szczególnie z funkcją płatów czołowych i systemu wykonawczego; Tchanturia i in., 2004; Tchanturia, Campbell, Morris, Treasure, 2005; Tchanturia i in., 2012). Na szczególną uwagę zasługuje w tym kontekście podejście poznawcze do zaburzeń odżywiania oparte na schematach (np. Vitusek, Hollon, 1990). Warto również podkreślić duże znaczenie tych badań nad zaburzeniami odżywiania, które analizują je z perspektywy neuropoznania i społecznego poznania (np. Kacperek-Zimowska, Zimowski, Biernacka, Kucharska, Rybakowski, 2016; Lao-Kaim i in., 2015; Okamoto, 2014; Reville, O'Connor, Frampton, 2016).

Podejście egzystencjalne. Podejście egzystencjalne do zaburzeń odżywiania koncentruje się głównie na jadłowstręcie psychicznym, traktując go nie jako chorobę, a jako sposób istnienia osoby nią dotkniętej w świecie. Z tego powodu jest ono uważane za najbardziej antypsychiatryczne spośród ujęć psychologicznych tego zaburzenia psychicznego. Teorie mieszczące się w tym nurcie podkreślają, że przyrost wagi jest przez osobę z jadłowstrętem psychicznym utożsamiany z psychiczną śmiercią. To może być jedną z ważnych przyczyn nieskuteczności przymusowego karmienia osób z tą chorobą, określanego w tym ujęciu jako „leczenie” (umieszczenie tego terminu w cudzysłowie sprawia, że ma on wydźwięk ironiczny; Lemma-Wright, 1994, s. 56), które skutkuje paradoksalnym pogorszeniem ich stanu psychicznego (Lemma-Wright, 1994; Malan, 1997). Pomijając dyskusyjny status naukowy tych teorii, to im właśnie zawdzięczamy dyskusję nad egosyntonicznością jadłowstrętu psychicznego, która w dużej mierze odpowiada za zaprzeczanie chorobie i odmowę leczenia, często występujące w tej grupie klinicznej.

Uwarunkowania socjokulturowe.

Klasyczne podejście socjokulturowe. Według tego podejścia szczupły kształt ciała kobiety jest uważany za najbardziej widoczny aspekt jej fizycznej atrakcyjności, a otyłość jest coraz bardziej potępiana (Davis, Claridge, Fox, 2000; Garner, Garfinkel,

1980; Garner, Garfinkel, Olmsted, 1983; Lindberg, Hjern, 2003; Schwartz, Thompson, Johnson, 1983; Toro, Salamero, Martinez, 1994). W ten sposób działania mające na celu zmniejszenie wagi stają się głęboko aksjologicznie uwarunkowane (dotyczy to m.in. USA i krajów Europy, a także poddanych silnym wpływom kulturowym z ich strony krajów Dalekiego Wschodu – na przykład Japonii⁵ (Chisuwa, O'Dea, 2010; Lee, 1995; Lee, Ho, Hsu, 1993; Pilecki, Sałapa, Józefik, 2016; Starzomska, 1998, 2013a; Tareen, Hodes, Rangel, 2005). Według opisywanego ujęcia młoda kobieta, poszukując własnej tożsamości oraz sposobu na samorealizację, sukces i szczęście, nierzadko odnajduje wzór w popkulturze (zob. też np.: Amianto, Northoff, Abbate Daga, Fassino, Tasca, 2016; Brytek-Matera, 2011), która, według Wojciechowskiej (2006), oferuje „gotową tożsamość” definiowaną wyłącznie poprzez szczupłość, traktowaną jako synonim piękna. Analogiczne nazwy dla tego typu tożsamości to: „tożsamość nadana” (Wojciechowska, 2000, s. 97) i „tożsamość medialna” (Wojciechowska, 2000, s. 96). Według Blanka i Latzera (2004, s. 49):

Wiele osób z jadłowstrętem psychicznym jest przekonanych, że poprzez bycie bardzo szczupłym, *należą* do elitarnej grupy składającej się z modelek, aktorek, i księżniczek (...). To przekonanie jest wzbudzane i wzmacniane przez media, które nieustannie atakują podatnych na ich wpływ adolescentów informacją, że szczupłość jest ekwiwalentem piękna (zob. też: Barbarich, 2002).

Warto dodać, że niektórzy badacze bardzo krytycznie oceniają wpływ mediów na postawy społeczne wobec osób z zaburzeniami odżywiania. Przykładowo Bray (1996) pisze o tzw. „epidemii znaczeń” (s. 413) w medialnych doniesieniach na temat jadłowstrętu psychicznego. Twierdzi ona, że poza rzetelnie opracowanymi artykułami, w przestrzeni publicznej pojawia się duża liczba swobodnych interpretacji tej choroby, których naukowość pozostawia wiele do życzenia, a które wiodą własne „społeczne życie” (Warin, 2004, s. 95; zob. też: Appadurai, 1986). Niestety, to właśnie one decydują w największym stopniu o jej społecznym odbiorze (Warin, 2004). Przykładowo jadłowstręt psychiczny jest opisywany w takich popularnych tekstach jako „patologia, która rozkwita w matriarchalnych gospodarstwach domowych” (Bray, 1996, s. 414), „patologiczny lęk przed menstruacją i następstwami płodności” (Bray, 1996, s. 414) czy jako „coś”, czym kobiety „zarażają się” (dosłownie „łapią” [„catch”]; Bray, 1996,

5 Warto jednak podkreślić, że występują różnice w psychopatologii zaburzeń odżywiania między krajami Europy i USA a krajami Dalekiego Wschodu, uwarunkowane odmiennością kultur: indywidualistyczną i kolektywistyczną (np. Agüera i in., 2017).

s. 414) z telewizji (zob. też: tytuł artykułu Podgórskiej, 2002, s. 82, *Znikające ciała: anoreksja – śmiertelna choroba przenoszona drogą do doskonałości*).

Zasadniczym mankamentem wszystkich wymienionych powyżej interpretacji jest to, że traktują one jadłowstręt psychiczny wyłącznie jako problem szczupłego ciała, zamiast analizować szczupłość procesualnie jako pewien, ale nie jedyny, element procesu chorobowego. Nic dziwnego, że takie jednostronne ujęcie trafia na podatny grunt, gdyż media przyciągają czytelników zamieszczanymi w artykułach, budzącymi przerażenie i niezdrową fascynację wizerunkami skrajnie wyniszczonych i często na wpół nagich kobiet. Tym samym potwierdza się stwierdzenie Meuret (2007), że „patologia jest fascynująca” (s. 1), zaś Warin (2004) nazywa to zjawisko „fetyszyzacją” (s. 97) jadłowstrętu psychicznego, dostrzegając jego podobieństwo do karnawałowej fascynacji głodowaniem, opisywanej w książce Franza Kafki, zatytułowanej *Głodomór* (2010). Na ten swoisty anorektyczny „spektakl” (Warin, 2004, s. 95) składają się: kobiecość, szczupłość, choroba, groza, fascynacja i śmierć, przy czym dziennikarze kładą szczególny nacisk na „egzotykę” (s. 97) i „rytualne głodowanie” (s. 99), mające rzekomo cechować jadłowstręt psychiczny. Te uproszczone interpretacje choroby nie pozwalają zrozumieć skomplikowanych doświadczeń chorych. Przekonała się o tym Warin (2004), która przebadła 46 osób z jadłowstrętem psychicznym (44 kobiety i 2 mężczyzn w wieku między 14 a 55 lat) w trzech australijskich miastach (Vancouver, Edinburg i Adelaide). Autorkę badań interesowało przede wszystkim codzienne życie badanych, w tym także doświadczanie przez nich choroby. Z tego względu spędzała z nimi długie godziny w ich kuchniach, salonach, rozmawiając z ich rodzinami i przyjaciółmi, a także towarzyszyła im w drodze do szkoły, pracy czy sklepu. Próbowwała także dowiedzieć się, jak osoby te czują się w sytuacjach wysoce dla nich problematycznych: podczas rodzinnych uroczystości, wydarzeń publicznych, w trakcie rozmów z przyjaciółmi czy zakupów żywności, w relacjach intymnych i podczas spożywania posiłków (samotnie, w miejscach publicznych czy z innymi ludźmi). Niestety media, kontaktując się z badaczką, były zainteresowane jedynie szokującymi zdjęciami wychudzonych kobiet, a badanie i jego wyniki przedstawiły bardzo pobieżnie.

Analizując wpływ kultury popularnej na powstawanie zaburzeń odżywiania, zwłaszcza u młodych kobiet, warto nadmienić, że należy tutaj mieć na myśli jedynie jednostki podatne na zaburzenia odżywiania, gdyż na przykład rozpoczęcie diety, nawet u dość szczupłej osoby, w celu uzyskania pożądanego wyglądu nie oznacza jeszcze, że osoba ta zapadła na jadłowstręt psychiczny (Wilksch, Wade, 2004). Bardzo syntetycznie problem podatności na zaburzenia odżywiania wyjaśnia Ziółkowska (1998, 2001), według której można mówić o tzw. „gotowości anorektycznej” (zob. też: Krystek, 2000; Wojciechowska, 2000) u osób, zwłaszcza dziewcząt w okresie

dorastania, które są szczególnie podatne na jadłowstręt psychiczny. Osoby te cechują: wczesnodziecięce negatywne doświadczenia, skłonność do poznawczych zaburzeń w zakresie percepcji ciała oraz specyficzny sposób radzenia sobie w sytuacjach trudnych, polegający na ograniczaniu przyjmowanego pokarmu. Ponadto cechują je: odmawianie przyjmowania pokarmów, znajomość liczby kalorii różnych produktów spożywczych oraz liczenie kalorii, duża aktywność ruchowa, przesadna dbałość o wygląd i koncentracja na własnym ciele oraz porównywanie się z ideałami kobiecej urody. Występuje u nich także tendencja do przeceniania rozmiarów swojego ciała i jego ciężaru, częste kontrolowanie swojej wagi i wymiarów ciała, czemu towarzyszy lęk i niepokój, skłonność do rywalizacji i perfekcjonizmu, podatność na wpływ kultury masowej oraz bierny i/lub regresywny styl radzenia sobie w sytuacjach trudnych (Ziółkowska, 1998, 2001; zob. też: Krystek, 2000).

Podjęcie feministyczne. Podjęcie feministyczne do zaburzeń odżywiania w głównej mierze opiera się na stwierdzeniu, że 95% osób z jadłowstrętem psychicznym stanowią kobiety (zob. też: Pope, Olivardia, Gruber, Borowiecki, 1999). Dla przedstawicieli tego nurtu stanowi to dowód na to, że choroba ta jest następstwem nadmiernych wymagań mężczyzn wobec kobiet. W tym ujęciu jadłowstręt psychiczny jest skutkiem z jednej strony nadmiernych, a z drugiej strony sprzecznych wymagań wobec kobiet. Jednocześnie bowiem wymaga się od nich dbałości o piękno ciała oraz rzetelnego wypełniania obowiązków domowych i/lub odnoszenia sukcesów zawodowych. Można powiedzieć, że od kobiety wymaga się, aby jednocześnie była seksualnie atrakcyjna, a jednocześnie, aby jej ciało, w tym seksualność, były w pełni kontrolowane (Bloom, 1994; Boskind-Lodahl, 1976; Fursland, 1994; Mitchell, 1994; Orbach, 1978; zob. też: Heinberg, 1996; Holmes, 2017; Starzomska, 2013b). Według wielu badaczy reprezentujących to podejście, na rozwinięcie przez młodą kobietę jadłowstrętu psychicznego najsilniej wpływa uprzedmiotowienie kobiecego ciała we współczesnej kulturze. Ono z kolei doprowadza do zjawiska autouprzedmiotowienia, czyli deprecjonowania przez kobietę własnego ciała (Donaghue, 2009; Fredrickson, Noll, Roberts, Quinn, Twenge, 1998; Fredrickson, Roberts, 1997; Fursland, 1994; Hardin, 2001; Pennycook, 1994; Tiggemann, Kuring, 2004; Tiggemann, Lynch, 2001).

Podjęcie ewolucjonistyczne. Według podejścia ewolucjonistycznego do zaburzeń odżywiania, dążenie do szczupłości wśród kobiet w krajach rozwiniętych stanowi przejaw procesu współzawodnictwa wśród tychże kobiet, gdyż powszechnie szczupłe figury są uważane za młodsze. Coraz starsze kobiety zaczynają się zatem odchudzać, aby wyglądać na młodsze, stając się tym samym kobietami, które można określić jako „pseudo-młode” („*pseudo-nubile*”; Abed, 1998, s. 526). Jadłowstręt

psychiczny, nazywany tutaj zaburzeniem odżywiania o wczesnym początku, jest zatem rozumiany jako choroba o charakterze rozwojowym, której źródła należy upatrywać w seksualnym współzawodnictwie między kobietami w sytuacji, gdy ideał wagi młodej kobiety jest ustalony na skrajnie niskim poziomie. Odchudzanie się jest zatem reakcją dziewcząt na zagrażające w rywalizacji o mężczyzn pojawienie się „pseudo-młodych” kobiet. Natomiast żarłoczność psychiczna, nazywana tutaj zaburzeniem odżywiania o późnym początku, zazwyczaj zaczynająca się od odchudzania, jest następstwem reaktywacji programu, który można określić jako „drugą młodość” w celu przyciągnięcia potencjalnego partnera (Abed, 1999; zob. też: Kardum, Gračanin, Hudek-Knežević, 2008).

Zaprzeczanie chorobie i jej chroniczność u osób z jadłowstrętem psychicznym a fenomen egosyntoniczności

Przystępując do badań osób z zaburzeniami odżywiania, zwłaszcza jednostek cierpiących na jadłowstręt psychiczny, szczególną uwagę należy zwrócić na częste u tych osób zaprzeczanie chorobie, skutkujące oporem wobec leczenia i jej chronicznym przebiegiem. W szczególności rozważania te należy rozpocząć od analizy zjawiska egosyntoniczności, która często cechuje osoby z tą chorobą.

Egosyntoniczność odróżnia jadłowstręt psychiczny od żarłoczności psychicznej (zob. też: Schupak-Neuberg, Nemeroff, 1993) oraz od innych zaburzeń psychicznych (poza zaburzeniami osobowości; Lamoureux, Botorff, 2005) i oznacza „zgodność z Ja”. Egosyntoniczność nazywana jest symptomatycznym rysem jadłowstrętu psychicznego (Starzomska, 2008b, 2009a; zob. też: Crisp, 2006a; Godley, Tchanturia, MacLeod, Schmidt, 2001; Newton, 2005; Serpell i in., 2004; Zeeck i in., 2005), przejawiającym się w tym, że choroba ta jest „potrzebna” (Strober, 2004, s. 250) osobom, które na nią zapadły. Według Strobera (2004), dla osoby z jadłowstrętem psychicznym „codzienny reżim głodowania, diety, ćwiczeń i związanych z jedzeniem rytuałów” (s. 250), który stanowi „monotonną, lecz uspokajającą rutynę” (s. 250), w ramach której wszystko jest „znośne i znajome” (s. 250), zmniejsza napięcie psychiczne oraz doprowadza do stanu psychicznej ulgi (określanego przez badacza jako „marginalne komforty” – „*marginal comforts*”, s. 249). Egosyntoniczność dotyczy ogromnego znaczenia, jakie dla chorych, a zwłaszcza dla ich Ja, ma jadłowstręt psychiczny i nawiązuje do ich odczucia, że choroba stanowi część nich lub ich tożsamości (np. Tan, Hope, Steward, 2003a), przede wszystkim zaś dotyczy ona znaczenia, jakie dla tożsamości chorego ma wychudzenie, gdyż właśnie ono „zajmuje szczególnie uprzywilejowaną pozycję pod względem egosyntonicznego statusu” (Rieger, Touyz, 2006, s. 273). Jak twierdzi Lemma-Wright (1994), dla osoby z jadłowstrętem psychicznym utrata wagi, będąc

jedynym źródłem przyjemności i jedyną gratyfikacją, stanowi cel sam w sobie (zob. też: Beumont, Carney, 2004) i jest wartością samą w sobie (Wojciechowska, 2000). Według Lemmy-Wright (1994), dla osoby z jadłowstrętem psychicznym choroba lub jej brak oznacza dosłownie „być albo nie być” (s. 88; zob. też: Tan, Hope, Steward, 2003b) i jest ona „nieodłącznie związana z ich poczuciem tożsamości” (Bulik, Kendler, 2000; Lamoureux, Botorff, 2005; zob. też: Blank, Latzer, 2004). Zapewne wynika to z tego, że ograniczanie kalorii jest jedną z niewielu rzeczy lub wręcz jedyną rzeczą w życiu chorego, w której czuje się on „dobry” (Lamoureux, Botorff, 2005, s. 175). Niewątpliwie osoba z jadłowstrętem psychicznym „definiuje swoje »Ja« poprzez decyzję, aby nie jeść” (Lemma-Wright, 1994, s. 39; zob. też: sformułowanie: „deklaracja niepodległości” zaproponowane przez Wojciechowską, 2000, s. 87) i właściwie ten sposób zachowania uważa za jedyny możliwy sposób swojego istnienia w świecie (Gans, Gunn, 2003). Takie osoby wybierają „tożsamość szczupłą” (Fransella, Button, 1983, s. 113), która jednak z tego względu, że jest oparta wyłącznie na wizerunku ciała, staje się „tożsamością nieadaptacyjną” (Wojciechowska, 2000, s. 92; zob. też: terminy: „anorektyczna osobowość”, Tan i in., 2003a, s. 544; „tożsamość anorektyczna”, Wojciechowska, 2000, s. 92). Według Gans i Gunna (2003) jadłowstręt psychiczny jest chorobą egzystencjalną, co oznacza, że chory czerpie fundamentalne znaczenie, satysfakcję i powód do życia z odchudzania się. Niewątpliwie w przypadku jadłowstrętu psychicznego mamy do czynienia z „definiowaniem siebie przez pryzmat choroby” (Krystek, 2000, s. 153). Bulik i Kendler (2000) twierdzą, że aby wyzdrowieć, osoba z zaburzeniem odżywiania musi porzucić definiowanie swojej tożsamości jako „zaburzonej pod względem jedzenia” („*eating disorder*”, s. 1759; zob. też: Fransella, Button, 1981; Lemma-Wright, 1994; Stein, Corte, 2003). Zaskakujące jest, że nierzadko chorzy, jakby podkreślając emocjonalny charakter tego „związku” z chorobą, personifikują tę ostatnią, nazywając ją swoim przyjacielem (Gans, Gunn, 2003; Serpell, Treasure, Teasdale, Sullivan, 1999; Warin, 2004) czy wręcz „osobą, którą darzą miłością” (Warin, 2004, s. 101). Zewnętrznym przejawem egosyntoniczności jest stan psychiczny osób z jadłowstrętem psychicznym, zwłaszcza podczas pierwszych kilku miesięcy lub nawet lat choroby (tzw. „miesiąc miodowy”, „*honeymoon phase*”, Warin, 2004, s. 101), a mianowicie wraz z postępującym wyniszczeniem organizmu, stają się one coraz bardziej „zachwycone, natchnione, triumfujące, dumne i pewne swojej siły” (Vitousek, Ewald, 1993, s. 223). Według Warin (2004) odczuwanie „jelit kurczących się z głodu, jakie daje jadłowstręt psychiczny” (s. 101) sprawia, że chorzy czują się niezniszczalni i nadludzy, przepełnia ich duma z „twardej, czystej prawdy” wystających kości (s. 101). Malan (1997) pisze o „tajemnicy” (s. 30) stanu osoby z jadłowstrętem psychicznym, która polega na tym, że pomimo skrajnego wychudzenia, może ona wykonywać bardzo intensywne ćwiczenia fizyczne, czego nie byłyby

w stanie uczynić nawet zdrowe osoby. Z kolei Godley i in. (2001) piszą o „niezwykłej samonapędzającej się i egosyntonicznej naturze jadłowstrętu psychicznego” (s. 282), a Lemma-Wright (1994) twierdzi, że „system anorektyczny” (s. 63) zapewnia sam sobie silne wzmocnienie (zob. też: Tan i in., 2003b). Chorym wydaje się, że po wielu latach poszukiwań sensu życia znaleźli „rozwiązanie, które w sobie właściwy, patologiczny sposób, pracuje dla nich” (Lemma-Wright, 1994, s. 65). Według Strobera (2004) „zagadkowe w jadłowstręcie psychicznego jest to, że jego symptomy, które upośledzają życie psychiczne i organizm, jednocześnie łagodzą cierpienie psychiczne” (s. 250) wynikające z niskiej samooceny i poczucia nieefektywności (Button, Warren, 2002; Corcos i in., 2003; Fingfeld, 2002; Grabhorn, Stenner, Stangier, Klaufhold, 2006; Manley, Leichner, 2003; Nitendel-Bujakowa, 2005; zob. też: Beumont, Carney, 2004; Czerwińska, 1995; White, 1987). Jak mówi Krystek (2000), osoba z jadłowstrętem psychicznym mogłaby powiedzieć o sobie: „Jestem osobą chorą z podstawowym narzędziem radzenia sobie – z anoreksją” (s. 153).

Zrozumiałe wydaje się, że egosyntoniczność jest główną przyczyną tego, że osoba z jadłowstrętem psychicznym nie zamierza poddać się leczeniu, gdyż byłoby to równoznaczne z zaprzestaniem odchudzania się, a przecież „jeśli jadłowstręt psychiczny daje osobie nią dotkniętej poczucie autentycznego i wartościowego życia, to »porzucenie« go poprzez przyrost wagi jest równoznaczne z utratą sensu życia” (Gans, Gunn, 2003, s. 680; zob. też: Hope, Tan, Steward, Fitzpatrick, 2011). Czasami osoby z jadłowstrętem psychicznym mówią o dwóch częściach własnej tożsamości, z których jedna chce wyzdrowieć, druga zaś – pragnie choroby (Manley, Leichner, 2003). Pacjent jest wewnętrznie „rozdwójony”, jednocześnie chciałby i nie chciałby wyzdrowieć. Klinicyści powinni być świadomi, że taka postawa może również wpływać z lęku pacjenta, że choroba będzie go „surowo karać za postępy w leczeniu” (Charpentier, 2000, s. 258; Manley, Leichner, 2003, s. 33). Takie przekonania chorych znajdują odzwierciedlenie w nieufności, a nawet wrogości wobec lekarzy i terapeutów, którzy według chorego próbują „odbierać mu” (Manley, Leichner, 2003, s. 34) to, co stanowi sens jego życia (Latzer, Hochdorf, 2005). Egosyntoniczność jadłowstrętu psychicznego może odpowiadać za zaprzeczanie chorobie oraz trudności pacjentów z akceptacją leczenia (np. Tan i in., 2003a) i to ona może odpowiadać za niski poziom motywacji do zmiany u tych pacjentów (Rieger, Touyz, 2006; zob. też: Simon, Siwiak-Kobayashi, 2008). Wszystko to sprawia, że osoby z jadłowstrętem psychicznym „posiadają reputację trudnych do »leczenia« lub »pomocy«” (Lemma-Wright, 1994, s. 62) ze słabą wolą do współpracy oraz bardzo wysokim wskaźnikiem „wypadania” z terapii (Zeeck i in., 2005), a leczenie tej choroby wciąż stanowi dla terapeutów ogromne wyzwanie (Lemma-Wright, 1994). Jadłowstręt psychiczny można zaliczyć do „najbardziej opornych na leczenie zaburzeń psychicznych” (Serpell, Treasure,

2002, s. 164), a Strober (2004) nazwał tę chorobę „irytująco egosyntoniczną” (s. 245; zob. też: Harris, Wiseman, Wagner, Halmi, 2001).

W świetle rozważań nad egosyntonicznością jadłowstrętu psychicznego, oczywiście wydaje się, że „przepracowanie egosyntonicznych elementów choroby” (Serpell i in., 2004, s. 428) powinno być zasadniczym celem terapii z tymi osobami, gdyż sam przyrost masy ciała nie jest równoznaczny z poprawą stanu psychicznego tych chorych i nie oznacza jeszcze wyleczenia (Melamed, Mester, Margolin, Kajian, 2003; Rieger, Touyz, Beumont, 2002). Draper (2000) podkreśla, że samo dokarmienie bez psychoterapii może nawet nasilić objawy choroby. Z kolei Gowers, Weetman, Hossain i Elvins (2000) uważają, że hospitalizacja połączona z dożywianiem bez intensywnego programu psychologicznego, może spowodować nawet pogorszenie się stanu pacjenta, a nawet jego przedwczesną śmierć (zob. też: Mehran, Leonard, Samuel-Lajeunesse, 1999). Z tego względu badacze podkreślają, że pacjentowi z tą chorobą powinno się ukazać „nie jak być wyleczonym, lecz jak żyć” (Lemma-Wright, 1994, s. 90), czyli jak funkcjonować, nie będąc osobą skrajnie wychudzoną (Lemma-Wright, 1994), określając siebie „inaczej niż w terminach wagi lub otyłości” (Fransella, Button, 1983, s. 115). Zatem celem terapii takich osób powinno być bardziej stabilne niż dotychczas poczucie tożsamości (Latzer, Hochdorf, 2005).

Egosyntoniczność jadłowstrętu psychicznego wpływa na zaprzeczanie istnieniu choroby przez chorych (Currin, Schmidt, 2005). Jak piszą Vitousek, Watson i Wilson (1998), „wśród klinicystów dominuje interpretowanie zaprzeczania chorobie i oporu w jadłowstręcie psychicznym jako świadomych prób zachowania egosyntonicznej symptomatologii” (s. 392; zob. też: Couturier, Lock, 2006).

Należy podkreślić, że zaprzeczanie chorobie może w poważnym stopniu zniekształcać wyniki kwestionariuszy samoopisowych, które wypełniają pacjenci z jadłowstrętem psychicznym (Starzomska, Tadeusiewicz, 2016; Vitousek i in., 1991). Chociaż literatura naukowa, relacjonująca wyniki badań z udziałem tych osób jest bardzo bogata, niewielu badaczy podjęło temat spowodowanej zaprzeczaniem chorobie wiarygodności wyników testów samoopisowych stosowanych w tej populacji (Vitousek i in., 1991). Co prawda, istnieją narzędzia badające wgląd pacjenta w chorobę w psychozach i zaprzeczanie problemowi w chorobach somatycznych (np. w przebiegu nowotworów), lecz nie są one odpowiednie do zastosowania w tak specyficznej chorobie, jaką jest jadłowstręt psychiczny (zob. też: Greenfeld, Anyan, Hobart, Quinlan, Plantes, 1991). Pryor, Johnson, Wiederman i Boswell (1995) zdefiniowali zaprzeczanie chorobie u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym jako: spełnienie kryteriów diagnostycznych ustalonych dla tej choroby, zamieszczonych w *Diagnostycznym i statystycznym podręczniku zaburzeń psychicznych* (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition*, DSM-IV, 1994) i uzyskiwanie

przez nich wyników niższych lub wyższych w porównaniu z typowymi średnimi wynikami uzyskiwanymi przez zdrowych badanych na trzech podskalach *Eating Disorder Inventory* (EDI; Garner, Olmsted, Polivy, 1983) – Dążenie do szczupłości, Bulimia i Niezadowolenie z ciała. Stosując te kryteria, badacze odkryli, że 27,6% ze 105 kobiet leczonych w klinikach zaburzeń odżywiania z powodu jadłowstrętu psychicznego można uznać za zaprzeczające chorobie. Ciekawe badania w tym obszarze przeprowadzili Newton, Butler i Slade (1988), którzy przebadali 66 osób z podejrzeniem zaburzeń odżywiania, przyjętych do kliniki celem postawienia diagnozy. Osoby, które uzyskały niskie wyniki na podskalach *Eating Attitudes Test* (EAT; Garner, Garfinkel, 1980), czyli tzw. „zaprzeczające chorobie”, miały niższą wagę oraz częściej diagnozowano u nich jadłowstręt psychiczny w porównaniu w osobami uzyskującymi wysokie wyniki na tych podskalach (tzw. „przynajęcy się do choroby”). W ostatnich latach rozpoczęto badania nad zaprzeczaniem choroby w jadłowstręcie psychicznym, operacjonalizując je jako „przedkontemplację”. Jest to pierwsze ze stadiów zmiany, w którym człowiek nie jest świadomy lub nie docenia swojego problemu, a także nie ma zamiaru zmieniać swoich zachowań w najbliższym czasie. Niekiedy, pod wpływem namowy lub presji ze strony osób z najbliższego otoczenia, podejmuje pewne próby, których jednak zaprzestaje, gdy presja znika i wówczas wraca do poprzednich zachowań (Prochaska, DiClemente, Norcross, 1992; zob. też: Blake, Turnbull, Treasure, 1997; Hasler, Delsignore, Milos, Buddeberg, Schnyder, 2004).

Warto dodać, że dużą rolę w badaniu zaprzeczania choroby w zaburzeniach odżywiania mogą odgrywać narzędzia mierzące motywację do zmiany, na przykład *The Readiness and Motivation Interview* (RMI; Geller, Drab, 1999), *The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire* (ANSOCQ; Rieger i in., 2002), *The Motivational Stages of Change for Adolescents Recovering from an Eating Disorder* (MSCARED; Gusella, Butler, Nichols, Bird, 2003), czy *Attitudes towards Change in Eating Disorders* (ACTA; Beato-Fernandez, Rodriguez-Cano, 2003). Warto wspomnieć, że Engel i Wilms (1986) skonstruowali skalę dla pacjentów i terapeutów, mierzącą stopień motywacji, włączając w to „nacisk cierpienia” (chodzi tutaj o akceptację pomocy wynikającą ze świadomości cierpienia) oraz „rozumienie i odczuwanie, że jest się chorym” (racjonalna i emocjonalna świadomość choroby). Niestety, z powodu małej liczby przebadanych pacjentów, nie określono właściwości psychometrycznych tego narzędzia. Należy wspomnieć o ciekawym narzędziu badającym otwartość w mówieniu o swojej chorobie, a mianowicie o *The Self-Disclosure Index* (SDI; Miller, Berg, Archer, 1983). SDI bada chęć podzielenia się z ludźmi swoimi odczuciami i myślami, przy czym badani proszeni są o odpowiedź, ile czasu poświęcają na rozmowę z innymi o swoich nawykach, lękach, jakich cech nie lubią u innych itp. Niestety, narzędzie

to nie zostało wykorzystane w badaniach osób z zaburzeniami odżywiania, jednak należy pamiętać, że może się ono stać swoistą pułapką metodologiczną, gdyż ocena otwartości w stosunku do innych zależy od otwartości, czyli prawdomówności badanego. Podobnie jak SDI, także innego narzędzia, a mianowicie *Self-Disclosure Scale* (Horesh, Zalsman, Apter, 2004), nie udało się do tej pory zastosować w badaniu osób z zaburzeniami odżywiania. Warto wspomnieć również o narzędziu badającym stopień wglądu, czyli o *Schedule for Assessment of Insight into Illness* (Greenfeld i in., 1991) oraz o narzędziu nazwanym *The Goldberg Anorectic Attitudes Scale* (GAAS; Goldberg i in., 1979), które zawiera czynnik Zaprzeczanie choroby. Za inną metodę badania zaprzeczania choroby u osób z jadłowstrętem psychicznym można uznać tzw. „skale kłamstwa” w narzędziach takich jak: *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI; Ben-Porath, Butcher, 1989), *Eysenck Personality Inventory* (EPI; Eysenck, Eysenck, 1964) czy *The Defense Style Questionnaire* (DSQ; Bond, 2004; zob. też: Starzomska, Tadeusiewicz, 2016).

W nawiązaniu do zjawiska egosyntoniczności jadłowstrętu psychicznego, warto podkreślić, że odpowiada ona w głównej mierze za chroniczność tej choroby. Fox i Diab (2015) po przeprowadzeniu badania z sześcioma pacjentami z chroniczną postacią jadłowstrętu psychicznego odkryli, jak trudno wyobrazić sobie takiej osobie życie bez tej choroby. Badanie wykazało, że osoby z chroniczną postacią jadłowstrętu psychicznego definiują swoją tożsamość przez pryzmat choroby. Jak twierdzi Strober (2004), jadłowstręt psychiczny „jest chorobą chroniczną w dużej części przypadków” (s. 247; zob. też: Lemma-Wright, 1994; Mander, Teufel, Keifenheim, Zipfel, Giel, 2013; Serpell, Livingstone, Neiderman, Lask, 2002). Badacze podają różne wskaźniki chroniczności tej choroby. Steinhausen (2002) na podstawie metaanalizy 119 badań stwierdza, że 1/5 pacjentów z jadłowstrętem psychicznym pozostaje chronicznie chora. Z kolei Johnson, Lund i Yates (2003) stwierdzają, że w 10% przypadków jadłowstrętu psychicznego rokowanie jest niepomyślne, co oznacza chroniczność choroby lub śmierć, zaś Tan i in. (2003a) piszą, że aż do 25% pacjentów z tą chorobą nigdy całkowicie nie zdrowieje. Według Treasure, Cardi, Leppanen i Turtona (2015), u ponad 50% pacjentów z jadłowstrętem psychicznym choroba ma ostry przebieg i jest uporczywa. Autorzy ci piszą, że po pięciu latach od zakończenia leczenia wskaźnik remisji wynosi: dla kobiet – 39%, zaś dla mężczyzn – 59%. Z kolei Borson i Katon (1981) podkreślają, że u 30–50% osób z jadłowstrętem psychicznym występuje nawrót choroby. Jadłowstręt psychiczny jako choroba o wysokim wskaźniku nawrotów i chroniczności stanowi poważne wyzwanie dla terapeutów (Mander i in., 2013). Westmoreland i Mehler (2016) piszą, że poważnym wyzwaniem dla personelu medycznego zajmującego się osobami z jadłowstrętem psychicznym jest odczucie, iż jedyną formą pomocy tym osobom jest łagodzenie konsekwencji medycznych, reali-

zowane w ramach opieki paliatywnej. Ci autorzy twierdzą, że pacjenci z chronicznym jadłowstrętem psychicznym nierzadko rozmyślają nad tym, czy śmierć w wyniku zaniechania leczenia, motywowanego współczuciem, nie byłaby lepsza niż trwające niemal całe życie ciągłe cierpienie. Draper, badaczka z Centrum Etyki Biomedycznej na Uniwersytecie w Birmingham stwierdziła, że „niektóre osoby cierpiące na jadłowstręt psychiczny, prawdopodobnie nigdy nie będą wyleczone, a nawet nie będą mogły prowadzić stosunkowo ustabilizowanego życia poprzez utrzymywanie bardzo niskiej, ale stałej wagi” (Draper, 2000, s. 131). Badaczka sugeruje, że w stosunku do pacjentów chorujących przez bardzo długi czas (dłużej niż trwa tak zwany naturalny cykl choroby, mieszczący się w przedziale 1–8 lat), którzy byli już przymusowo karmieni, posiadają krytycyzm co do podejmowania decyzji o jakości własnego życia, dostrzegają, jaki wpływ wywiera choroba na pewne jego aspekty oraz których życie nie jest bezpośrednio zagrożone – powinno być zastosowane podejście paliatywne. Według Draper decyzja odmowy terapii jest wówczas analogiczna do decyzji odmowy przedłużającej życie terapii stosowanej przez osoby cierpiące na upośledzające, chroniczne lub ostre choroby terminalne i „w takich przypadkach leczenie paliatywne mogłoby w uzasadniony sposób zastępować agresywną terapię” (Draper, 2000, s. 122). Nierzadko sami rodzice chorych wspierają takie propozycje, uważając, że w przypadku długotrwałej choroby uniemożliwiającej jedzenie, choremu powinno się pozwolić „odejść spokojnie, w atmosferze życzliwości” (Tan, Hope, Stewart, Fitzpatrick, 2003, s. 641). Jedna z pacjentek opisywanych przez Gans i Gunna (2003) wątpiła, że może kiedykolwiek prowadzić normalne życie, nawet po przyroście wagi. Z tego względu zdecydowała się ona na odmowę dalszego leczenia i pobyt w hospicjum. Twierdziła, że pragnie „komfortu i spokoju” (s. 688) oraz wypowiedziała następujące słowa „lepiej umrzeć, niż żyć z taką – sobą... Próbuję pozwolić sobie umrzeć” (s. 688). Warto jednak przedyskutować zasadność stosowania opieki paliatywnej w tej grupie osób. Williams, Pieri i Sims (1998) twierdzą, że mając do czynienia z chorobą chroniczną, w tym z chronicznym jadłowstrętem psychicznym, lekarze powinni wykazywać się tolerancją na stres i umiejętnością pokonywania negatywizmu, gdyż tylko wówczas mogą zaoferować choremu wsparcie i efektywne leczenie. Taki pacjent może przez lata wymagać stałej opieki, kluczowe wydaje się więc pozytywne nastawienie terapeutę. Autorzy twierdzą, że należy zapobiegać sytuacjom, w których pacjent jest w tak złym stanie fizycznym i emocjonalnym, że zaniechanie leczenia i czekanie na śmierć wydaje się być dla niego samego, jego rodziny i lekarzy jedyną możliwą opcją. Według Melameda i in. (2003) „jadłowstręt psychiczny nie jest nieuleczalną postępującą chorobą terminalną” (s. 621), jednak chociaż często celem terapii jest tylko częściowe wyleczenie i trzeba liczyć się z nawrotami, zwłaszcza w przypadkach chronicznych, może właśnie dlatego klinicyści powinni przede wszystkim skupiać

się na ratowaniu życia osób dotkniętych tą chorobą. Propozycję opieki paliatywnej uważają za dyskusyjną także Griffiths, Beumont, Russell, Touyz i Moore (1997), którzy stwierdzają, że pomimo tego, iż leczenie jadłowstrętu psychicznego jest szczególnie trudne, pacjenci, którzy przeżyli tę chorobę, są „głęboko wdzięczni” (s. 530) lekarzom, którzy im pomogli. Gans i Gunn (2003) przedstawiają swoje stanowisko jeszcze wyraźniej, stwierdzając, że jeśli chory umrze, nie będzie już żadnej szansy na jego powrót do zdrowia (zob. też: Starzomska, 2010). Dyskusji wymaga także porównywanie wyniszczenia w konsekwencji jadłowstrętu psychicznego z wyniszczeniem w przebiegu nowotworów (Higginson, Bruera, 1996; Ripamonti, Gemlo, 1996).

Konsekwencje biologiczne i psychologiczne zaburzeń odżywiania

Konsekwencje biologiczne jadłowstrętu psychicznego stanowią w głównej mierze następstwo głodowania i są to między innymi: anemia, zawroty głowy, omdlenia, podatność na infekcje, wybroczyny i siniaki spowodowane przepuszczalnością naczyń włosowatych, zaburzenia funkcjonowania układu sercowo-naczyniowego (hipotensja, bradykardia, arytmia, niedotlenienie, które nierzadko prowadzą do śmierci), osteoporoza, bezsenność, atrofia nerwu optycznego, autofonia, czyli hiperpercepcja własnego głosu i oddechu, spowodowana otwarciem pozbawionej otoczki tłuszczowej trąbki Eustachiusza (di Pietralata, 2002; Karwautz, Hafferl, Ungar, Sailer, 1999; Moyano i in., 1999; Silverman, 1983; Tomaszewicz-Libudzik, 1997; Zerbe, 1993b).

Konsekwencje biologiczne żarłoczności psychicznej stanowią w głównej mierze następstwo takich zachowań chorych, jak: zjadanie ogromnych ilości jedzenia (w ciągu godziny może to być nawet kilkadziesiąt tysięcy kilokalorii), prowokowanie wymiotów oraz nadużywanie środków przeczyszczających. Są to m.in.: nadżerki szkliska zębów, zmiany skóry dłoni (zrogowacenia lub rany palców oraz wierzchu dłoni), powiększenie ślinianek, szczególnie gruczołów przyusznych, dysfagia (utrudnienie przełykania), komplikacje żołądkowo-jelitowe (perforacja oraz pęknięcie przełyku, rozszerzenie, pęknięcie oraz martwica żołądka, przepuklina rozworu przełykowego, zaparcia, biegunki, zaburzenia funkcjonowania okrężnicy, co może doprowadzić do konieczności jej usunięcia, krwawienia żołądkowo-jelitowe), zmiany w śródpiersiu (odma śródpiersia), komplikacje sercowo-naczyniowe (niedociśnienie oraz spowodowana przez zażywanie leku przeczyszczającego – ipecacu – kardiomiopatia), zmiany w poziomach płynów i elektrolitów (odwodnienie, obniżenie poziomów sodu, potasu, chloru oraz alkalozja), dysfunkcje neurofizjologiczne (EEG wykazuje czynności napadowe) oraz zmiany hematologiczne (Mehler, Rylander, 2015; Milosevic, 1999; Mitchell, Seim, Colon, Pomeroy, 1987; Zachariasen, 1995; Zerbe, 1993b). Zachariasen (1995) wymienia takie konsekwencje biologiczne żarłoczności psychicznej jak: suchość

w ustach (kserostomia) i utrudnienie przełykania (dysfagia; zob. też: Ripamonti, Gemlo, 1996). Te komplikacje powodują, że osoby z żarłocznością psychiczną, zgłaszając się do lekarza, skarżą się na: puchnięcie rąk i nóg, uczucie pełności w żołądku, zmęczenie, bóle głowy, mdłości, obrzmienie całego ciała, zatrzymywanie płynów w organizmie, obrzęk policzków i gruczołów przyusznych, nadwrażliwość i bóle zębów, zrogowacenie skóry palców rąk i grzbietu dłoni. Ponadto częstym tematem skarg tych osób jest: znużenie, zmęczenie i osłabienie (zob. też: Starzomska, 2007).

Do najważniejszych konsekwencji psychologicznych jadłowstrętu psychicznego i żarłoczności psychicznej należy zaliczyć niską jakość życia osób z tymi chorobami.

Niska jakość życia u osób z jadłowstrętem psychicznym jest związana przede wszystkim z jej chronicznością (Padierna, Quintana, Arostegui, Gonzalez, Horcajo, 2000; zob. też: Padierna, Quintana, Arostegui, Gonzalez, Horcajo, 2002; Su, Birmingham, 2003). Uważa się, że chorobę tę można uznać za chroniczną, gdy czas jej trwania wynosi minimum siedem lat (Le Grange i in., 2014; Touyz i in., 2013; zob. też: Wildes i in., 2017). Wychudzenie na początku choroby wydaje się wpływać pozytywnie na funkcjonowanie chorych, paradoksalnie mają oni nawet więcej sił fizycznych i optymizmu niż ich zdrowi rówieśnicy (np. Malan, 1997), dopiero później pojawiają się zniechęcenie i depresja (np. Manley, Leichner, 2003).

Z kolei niska jakość życia osób z żarłocznością psychiczną wynika przede wszystkim z depresji, która jest następstwem epizodów napadowego objadania się i zachowań kompensacyjnych (Starzomska, 2007; Tobin, Griffing, 1995). W przeciwieństwie do jadłowstrętu psychicznego żarłoczność psychiczną określa się jako chorobę egodystoniczną, gdyż chorzy oceniają ją z reguły negatywnie (Serpell, Treasure, 2002), czasami jedynie zaprzeczają powadze swego stanu, twierdząc, że ich zachowania są „normalne” (Broussard, 2005, s. 47) i podkreślając, że tylko inni postrzegają, że jest z nimi „coś nie tak” (Broussard, 2005, s. 47). Osoby z żarłocznością psychiczną bardzo negatywnie odczuwają epizody przejadania się i wymiotowania, ukrywają ten fakt przed innymi, żyjąc w przekonaniu, że gdyby ludzie dowiedzieliby się o ich tajemnicy, odrzuciliby je z obrzydzeniem (Dana, 1994). Po „uczcie” osoby te mają ogromne poczucie winy, bez względu na ilość spożytego jedzenia, a także odczuwają żal i gniew z powodu napelnionego żołądka. Aby złagodzić te nieprzyjemne doznania psychiczne i fizyczne, chorzy prowokują wymioty, które uwalniają ich od poczucia winy i dyskomfortu związanego z układem pokarmowym, przynosząc chwilową ulgę, a nawet satysfakcję (Broussard, 2005). Osoby cierpiące na żarłoczność psychiczną rzadziej niż chorzy na jadłowstręt psychiczny otrzymują odpowiednią pomoc medyczną i psychologiczną, gdyż ich waga jest zazwyczaj w normie, co sprawia, że ani członkowie ich rodzin, ani personel medyczny nie traktują ich choroby jako poważnej i wymagającej pilnej interwencji. Warto wspomnieć w tym miejscu,

że niektórzy badacze uważają także żarłoczność psychiczną za chorobę chroniczną (np. Monteleone, Martiadis, Colurcio, Maj, 2002).

Najpoważniejszą konsekwencją zaburzeń odżywiania jest niewątpliwie zgon. Zaburzenia odżywiania, w tym szczególnie jadłowstręt psychiczny, wiążą się zwiększoną śmiertelnością (Keel i in., 2003; zob. też: Crow i in., 2009; Draper, 2000; Emborg, 1999; Gans, Gunn, 2003; Manley, Leichner, 2003; Sullivan, 1995). Jadłowstręt psychiczny ma najwyższy wskaźnik śmiertelności spośród wszystkich psychiatrycznych chorób (Manley, Leichner, 2003). Długofalowe badania przeprowadzone przez Fichtera i Quadfliega (2016), które obejmowały 5839 pacjentów jednego z dużych szpitali medycyny behawioralnej w Niemczech, specjalizującego się także w leczeniu zaburzeń odżywiania (1639 pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, 1930 pacjentów z rozpoznaniem żarłoczności psychicznej, 363 pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia z napadami objadania się i 1907 pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia odżywiania nieokreślonego inaczej), wykazały następujące standaryzowane wskaźniki śmiertelności (wyrażają one stosunek zgonów obserwowanych w trakcie badania w badanej grupie do zgonów spodziewanych w tym okresie czasu): 5,35 – dla pacjentów z jadłowstrętem psychicznym; 1,49 – dla pacjentów z żarłocznością psychiczną; 1,50 – dla pacjentów z zaburzeniem z napadami objadania się; 2,39 – dla pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia odżywiania nieokreślonego inaczej (zdefiniowanego wąsko według DSM-IV, 1994) i 1,70 – dla pacjentów z rozpoznaniem tegoż zaburzenia, gdy było one zdefiniowane mniej restrykcyjnie. Pacjenci z jadłowstrętem psychicznym umierali wcześniej w porównaniu z pacjentami z trzema pozostałymi rozpoznaniem. Predyktorami krótszego czasu przeżycia były: diagnoza jadłowstrętu psychicznego, chroniczność, późniejszy wiek zachorowania, życie w samotności i nietypowe (np. przedwczesne) zakończenie leczenia szpitalnego. Zachowania samobójcze stanowiły predyktor krótszego czasu przeżycia tylko u pacjentów z żarłocznością psychiczną. Pacjenci z jadłowstrętem psychicznym umierali przeważnie z przyczyn naturalnych związanych z zaburzeniem odżywiania. Z kolei celem innego badania długofalowego przeprowadzonego przez Suokas i in. (2013) było określenie współczynników ryzyka zgonu (wyrażają one stosunek prawdopodobieństwa zgonu w grupie klinicznej do prawdopodobieństwa zgonu w grupie kontrolnej – „*hazard ratio*”) u dorosłych pacjentów ($N = 2450$, 95% kobiet), przyjętych do kliniki zaburzeń odżywiania w Helsińskim Centralnym Szpitalu Uniwersyteckim w latach 1995–2010. Większość (80,7%) pacjentów była leczona ambulatoryjnie. Współczynniki ryzyka zgonu wynosiły: dla osób z jadłowstrętem psychicznym – 6,51, dla osób z żarłocznością psychiczną – 2,97, zaś dla osób z zaburzeniem z napadami objadania się – 1,77. Ryzyko zgonu w przypadku pacjentów z jadłowstrętem psychicznym było najwyższe podczas pierwszych lat po przyjęciu, lecz później zmniejszało się, podczas gdy

w przypadku pacjentów z żarłocznością psychiczną zaczynało ono wzrastać w dwa lata po pierwszym przyjęciu. Z kolei współczynnik ryzyka samobójstwa był podniesiony zarówno w grupie pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, jak i w grupie pacjentów z żarłocznością psychiczną. Hoang, Goldacre i James (2014) przeprowadzili badania dotyczące śmiertelności u osób z zaburzeniami odżywiania podczas jednego roku po zakończeniu leczenia szpitalnego. Badacze analizowali statystyki dotyczące szpitalnych epizodów z całej Wielkiej Brytanii i rejestr zgonów, aby określić dane na temat wieku i płci osób z diagnozą zaburzeń odżywiania, wypisywanych ze szpitali oraz śmiertelności w tej grupie na przestrzeni jednego roku po wypisie. Standaryzowany wskaźnik śmiertelności dla adolescentów i młodych dorosłych (15–24 lata) z diagnozą zaburzeń odżywiania wynosił 7,8 (przy czym dla osób z jadłowstrętem psychicznym wynosił on 11,5; dla osób z żarłocznością psychiczną – 4,1; natomiast dla osób z zaburzeniem odżywiania nieokreślonym inaczej – 1,4). Dla starszych dorosłych (25–44 lata) z diagnozą zaburzeń odżywiania wskaźnik śmiertelności wynosił 10,7 (przy czym dla osób z jadłowstrętem psychicznym wynosił on 14; dla osób z żarłocznością psychiczną – 7,7; zaś dla osób z zaburzeniem odżywiania nieokreślonym inaczej – 4,7). Nie odnotowano żadnych zgonów u osób z zaburzeniami odżywiania poniżej 15. roku życia.

Warto w tym miejscu wspomnieć o przyczynach śmierci u osób z zaburzeniami odżywiania. W przypadku jadłowstrętu psychicznego najczęstszą przyczyną śmierci są: wyniszczenie i towarzyszące mu zaburzenia elektrolitowe (MacDonald, 2002) oraz sercowo-naczyniowe (Palmer, 2003), takie jak: zastoinowa niewydolność krążenia (Siegel, Hardoff, Golden, Shenker, 1995), bezobjawowy wysięk osierdziowy (Inagaki i in., 2003; Ramacciotiotti, Coli, Dell’Osso, 2003) oraz zawał serca jako końcowy etap choroby wieńcowej serca (Siegeli in., 1995). Ponadto odnotowuje się także przypadki nagłej śmierci w następstwie zatoru tętnicy płucnej i zakrzepicy żył głębokich (Derman, Szabo, 2006). Rzadziej przyczyną śmierci u tych osób jest samobójstwo (Keel i in., 2003; Manley, Leichner, 2003; Palmer, 2003; Ramacciotiotti i in., 2003).

Jeśli chodzi o żarłoczność psychiczną, pomimo licznych powikłań medycznych w jej przebiegu, samobójstwo jako skutek depresji pozostaje jedną z głównych przyczyn śmierci osób cierpiących na tę chorobę (Corcos i in., 2002). Ruszkowska i Siewierska (1997), porównując osoby z różnymi zaburzeniami odżywiania, stwierdziły, że „jedynie pacjentki chore na żarłoczność psychiczną pośrednio nawiązują do tematu śmierci samobójczej” (s. 51). Kolejną, także bardzo częstą przyczyną śmierci w tej grupie klinicznej, jest uszkodzenie narządów wewnętrznych w wyniku przejadania się i przeczyszczania (Zerbe, 1993b).

Inne zaburzenia odżywiania, a zwłaszcza niespecyficzne zaburzenia odżywiania (według klasyfikacji DSM-IV-TR, 2000), charakteryzują także bardzo wysokie

wskaźniki śmiertelności (ponad 5%), zaś przyczyny zgonu są podobne do tych w jadłowstręcie psychicznym i żarłocznosci psychicznej. Najczęściej są to powikłania medyczne lub samobójstwo (Crow i in., 2009).

Zagadnieniem, które wymaga pogłębionej dyskusji, jest samobójstwo u osób z zaburzeniami odżywiania. Na początku warto wspomnieć o dwóch starszych badaniach dotyczących samobójstwa wśród pacjentów z żarłocznoscią psychiczną. Jedno z nich (Johnson, Stuckey, Lewis, Schwartz, 1983) wykazało, że 50,4% osób z tą chorobą myślało o samobójstwie, 14,1% – miało wyraźne skłonności do samobójstwa, przejawiające się na przykład w przygotowaniach do jego popełnienia, a 5,0% – miało w swojej historii poważne próby samobójcze. Z kolei badanie przeprowadzone przez Beumonta i Abraham (1983) wykazało, że 7 z 32 chorych posiadało historię prób samobójczych. W ostatnich latach przeprowadzono dużo badań dotyczących tej tematyki. Badanie, które przeprowadzili Suokas i in. (2014) obejmowało osoby dorosłe ($N = 2462$, 95% kobiet, w wieku 18–62 lat) przyjęte do kliniki zaburzeń odżywiania w Helsińskim Centralnym Szpitalu Uniwersyteckim (zob. też: Soukas i in., 2013) w latach 1995–2010. Zidentyfikowano 156 pacjentów z zaburzeniami odżywiania (6,3%) i 139 osób tworzących grupę kontrolną (1,4%), które wymagały leczenia szpitalnego z powodu próby samobójczej. 66 osób z pierwszej grupy (42,3%) oraz 37 osób z drugiej grupy (26,6%) posiadało historię więcej niż jednej próby samobójczej. Współczynnik ryzyka próby samobójczej w grupie pacjentów z zaburzeniami odżywiania wynosił 4,7 (dla osób z jadłowstrętem psychicznym – 8,01, a dla osób z żarłocznoscią psychiczną – 5,08). U pacjentów z zaburzeniami odżywiania z historią próby samobójczej ryzyko śmierci (bez względu na jej przyczynę) wynosiło 12,8%, a samobójstwo było główną przyczyną w przypadku 45% zgonów. Z kolei Corcos i in. (2002) przebadali 295 kobiet (202 z żarłocznoscią psychiczną – postacią z przecyzyszczaniem i 68 z żarłocznoscią psychiczną – postacią nieprzecyzyszczającą oraz 25 z jadłowstrętem psychicznym – postacią z napadami objadania się/przecyzyszczaniem), przy czym zastosowano częściowo ustrukturyzowany wywiad i kwestionariusze samoopisowe. Odkryto, że próby samobójcze były u badanych częste (27,8% kobiet), poważne i nierzadko wielokrotne. Kobiety, które podejmowały próby samobójcze, różniły się istotnie od tych, które takich prób nie podejmowały wcześniejszym początkiem choroby, większym nasileniem symptomów depresyjnych i ogólnych symptomów zaburzeń odżywiania, większą impulsywnością, lecz nie głównymi symptomami żarłocznosci psychicznej. Forcano i in. (2011) przebadali 104 ambulatoryjnych pacjentów z jadłowstrętem psychicznym – postacią ograniczającą, 68 ambulatoryjnych pacjentów z jadłowstrętem psychicznym – postacią z napadami objadania się/przecyzyszczaniem i 146 zdrowych osób tworzących grupę kontrolną. Wskaźniki prób samobójczych wynosiły kolejno: 0% dla

grupy kontrolnej; 8,65% – dla grupy osób z jadłowstrętem psychicznym – postacią ograniczającą i 25% z jadłowstrętem psychicznym – postacią z napadami objadania się/przeczyszczeniem. Osoby, które podejmowały próby samobójcze cechował obniżony nastrój. Warto dodać, że Pisetsky, Thornton, Lichtenstein, Pedersen i Bulik (2013) odkryli, że wskaźniki samobójstw były najwyższe w grupach pacjentów z tymi zaburzeniami odżywiania, które cechowało przeczyszczenie (jadłowstręt psychiczny – postać z napadami objadania się/przeczyszczeniem, żarłoczność psychiczna, historia zarówno jadłowstrętu psychicznego, jak i żarłoczności psychicznej, zaburzenie z przeczyszczeniem się). Z kolei Franko i Keel (2006) na podstawie przeglądu literatury odkryły, że o ile u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym występuje wyższy standaryzowany wskaźnik śmiertelności z powodu samobójstwa w porównaniu z pacjentami z żarłocznością psychiczną, o tyle próby samobójcze mają miejsce częściej w tej drugiej grupie w porównaniu z grupą pierwszą (zob. też: Pompili i in., 2003). Ponadto badaczki wymieniają następujące kliniczne korelaty zachowań samobójczych: przeczyszczenie, depresja, nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz historia wykorzystywania fizycznego i/lub seksualnego w dzieciństwie (zob. też: Franko i in., 2004). Bulik i in. (2008) przebadali 432 osób (22 mężczyzn, 410 kobiet) z jadłowstrętem psychicznym w wieku od 16 do 76 lat i odkryli, że około 16,9% badanych posiadało historię prób samobójczych. Pacjenci z postacią ograniczającą jadłowstrętu psychicznego rzadziej stwierdzali, że w ich życiu miała miejsce przynajmniej jedna próba samobójcza (7,4%) w porównaniu z pacjentami: z jadłowstrętem psychicznym – postacią z napadami objadania się/przeczyszczenia (26,1%), z jadłowstrętem psychicznym z napadami objadania się (29,3%) i z zaburzeniem łączącym w sobie objawy zarówno jadłowstrętu psychicznego, jak i żarłoczności psychicznej (21,2%). Gdy kontroli podlegała duża depresja, próby samobójcze korelowały z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, impulsywnością, zaburzeniami osobowości (wiązka B), lękiem napadowym, zespołem stresu pourazowego, niską samodyrektywnością oraz z zaostrzeniem psychopatologii zaburzeń odżywiania. Autorzy wysuwają wniosek, że próby samobójcze u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym często wiążą się z zamiarem pozbawienia się życia, pojawiają się one rzadziej u osób z postacią ograniczającą choroby, a gdy w trakcie analiz kontroluje się zmienną depresja, są związane z konstelacją zachowań i cech charakteryzujących afektywny brak kontroli. Ciekawe badania przeprowadzili Marco, Cañabate, Pérez i Llorca (2017), którzy przebadali 247 pacjentów z zaburzeniami odżywiania i 227 zdrowych osób. Badacze odkryli, że pacjentów z niskim poziomem poczucia sensu życia, cechuje ostrzejsza psychopatologia oraz ideacja samobójcza. Poczucie sensu życia okazało się być istotnym predyktorem psychopatologii zaburzenia odżywiania oraz ideacji samobójczej. Z kolei Varela-Besteiro i in. (2017)

przebadali 109 adolescentów z zaburzeniami odżywiania i odkryli, że znaczącą część pacjentów cechowała ideacja samobójcza (47, czyli 43,1% badanych) oraz zachowania samouszkodzające (34, czyli 31,2% badanych). Ideacja samobójcza nie różnicowała pacjentów z zachowaniami samouszkodzającymi i bez tych zachowań, co oznacza, że nie implikuje ona zachowań samouszkodzających, a raczej zachowania te stanowią próbę regulacji intensywnych negatywnych emocji.

Termin *samobójstwo* jest bardzo różnie konceptualizowany w odniesieniu do jadłowstrętu psychicznego. Latzer i Hochdorf (2005) nazwali tę chorobę „ukrytym aktem samobójczym” (s. 1), Fourasté (1979, za: Stobiecka, 2000, s. 254) – „cielesnym, powolnym samobójstwem”, Crisp – „częściowym samobójstwem” („*partial suicide*”; Crisp, 2006a, s. 200) oraz – za Crichtonem-Millerem (1938, za: Crisp, 2006a, s. 193; 2006b, s. 176) – „kompromisem z samobójstwem” (zob. też: Crisp, 1983), natomiast Malan (1997) nazwał jadłowstręt psychiczny „samobójstwem w opornych na leczenie dawkach” (s. 74). Nawet pobieżne przyjrzenie się powyższym nazwom doprowadza do wniosku, że wielu badaczy uważa jadłowstręt psychiczny za nietypową formę samobójstwa. Wydaje się jednak, że stosowanie terminu *samobójstwo* w odniesieniu do jadłowstrętu psychicznego może wynikać z błędnego interpretowania intensywnego odchudzania się jako działania autodestrukcyjnego (zob. też: Hołyst, 1983), a przecież osoba z jadłowstrętem psychicznym odchudza się, aby poczuć się lepiej pod względem psychicznym. Melamed i in. (2003) twierdzą, że osoby z jadłowstrętem psychicznym, chociaż nie zamierzają pozbawić się życia poprzez samobójstwo, są obojętne na problem ich autodestrukcyjnego zachowania. Wydaje się, że „odmowa leczenia, która u pacjenta z inną chorobą mogłaby być uznana za próbę samobójczą, dla osoby z jadłowstrętem psychicznym stanowi jedynie wyraz wyboru jedynego akceptowanego przez nią sposobu życia” (Guns, Gann, 2003, s. 680). Zatem porównanie jadłowstrętu psychicznego do samobójstwa należy traktować jako ciekawą, aczkolwiek nieadekwatną, metaforę dla zobrazowania odmowy jedzenia u osób z tą chorobą (zob. też: Starzomska, 2009b). Warto dodać, że jeśli chodzi o żarłoczność psychiczną, Maine (1993, za: Starzomska, 2001, s. 77) określa tę chorobę jako „samobójstwo na raty”.

Postawy wobec pokarmu, kształtu ciała i wagi w zaburzeniach odżywiania

Postawy wobec pokarmu. Osoby z zaburzeniami odżywiania cechuje negatywne podejście do jedzenia. Jest ono postrzegane przez osoby z zaburzeniami odżywiania, a zwłaszcza przez pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, jako „obce” (Levens, 1995, s. 94) i „żywe” (Levens, 1995, s. 61). Latzer i Hochdorf (2005)

stwierdzają, że osobę z jadłowstrętem psychicznym najbardziej przeraża „horror jedzenia” (s. 1) i jest ona gotowa uczynić wiele, aby go uniknąć. Według chorych jedzenie sprawia, iż ciało staje się brudne (Warin, 2003; zob. też: Shipton, 1999), dlatego sytość wywołuje w nich poczucie winy (Stobiecka, 2000). Ponadto chorzy uważają, że jedzenie kontaminiuje „centrum Ja” („*core of self*”, Levens, 1995, s. 22, 45). Osoby z jadłowstrętem psychicznym uważają pokarmy za brudne, obrzydliwe, odrażające, zanieczyszczające, zakażające i niebezpieczne (Malson, 1998; Warin, 2003). Takim osobom nasuwają się skojarzenia jedzenia z odpadkami, śmieciami, nieczystościami, złomem (Warin, 2003). Jedną z pacjentek H. Thomy – Sabina, której historię opisała Stobiecka (2000), „wykonała rysunek idealnej, jej zdaniem, kobiety, która wyglądała jak duch albo zjawa. Często mówiła też, iż czuła się, jakby już nie żyła, że chciała być lalką, która nie je ani nie wypróżnia się” (s. 240). Warto podkreślić, że osoby z jadłowstrętem psychicznym dzielą pokarmy na „czyste” i „brudne”. Przeważnie uważają one, że warzywa, owoce, mleko i jogurty są czyste, „niewinne” (czasami do tej grupy zaliczają także chleb), natomiast masło, oleje, cukier i mięso zaliczają do drugiej – „nieczystej” grupy pokarmów (Bobowska, 1988; Warin, 2003; zob. też: Eiber i in., 2005, s. 643). Osoby z jadłowstrętem psychicznym po zjedzeniu „nieczystych” pokarmów czują się brudne. Według chorych istnieją dwie drogi tej swoistej kontaminacji: poprzez kontakt z kaloriami i poprzez kontakt z tłuszczem (Warin, 2003). W pierwszym przypadku, osoba odczuwa lęk przed „zarażeniem” przez kalorie, które najczęściej „atakują” ją za pośrednictwem zapachów. W domach takich chorych często wyczuwa się zapach antybakteryjnych płynów i odświeżaczy powietrza. Warin (2003) określa te „kalorie” pochodzące z zapachów jako „kalorie z wyziewów” („*miasmatic calories*”, Warin, 2003, s. 77), nawiązując do niegdyś uzasadnionego lęku przed wyziewami z moczarów i błot, które zawierały rozkładające się rośliny, szczątki zwierzęce i ludzkie, a które znajdowały się w pobliżu miast i były powodem wielu groźnych epidemii w epoce średniowiecza. Z kolei dla chorych, które lękają się kontaktu z tłuszczem, szczególnie trudny jest kontakt z jedzeniem poprzez dotyk. Osoby te uważają, że tłuszcze niczym węże wślizgują się do ciała poprzez skórę i są nawet groźniejsze od kalorii, ponieważ o ile kalorie atakowały przez zapachy, a więc rejonami zagrożenia były usta i nos, o tyle tłuszcze mogą przenikać przez całą powierzchnię ciała. Następnie w mniemaniu chorych skleją się i tężeją jak cement we wnętrzu ciała (jest to odczucie tzw. „koagulacji tłuszczu” w organizmie). Tłuszcze kontaminują nie tylko za pośrednictwem pokarmów, ale także poprzez kontakt z dłońmi innych ludzi, a wówczas jedynym sposobem ochrony przed zagrożeniem jest nakładanie rękawiczek lub unikanie fizycznego kontaktu. Tłuszcze zawarte w pokarmach nie są jedynym zagrożeniem dla takich chorych, ponieważ niebezpieczne może być także

użycie szminki czy kremu do rąk, które również zawierają tłuszcze (Warin, 2003). Warto dodać, że czasami osoby z jadłowstrętem psychicznym boją się pokarmów o określonej barwie. Uważają na przykład, że pokarmy o czerwonej barwie, zwłaszcza te, których barwnik ulega szybkiemu „rozmywaniu”, jak na przykład czerwony kisiel (w odróżnieniu od np. czerwonych jabłek) mogą silniej kontaminować ciało niż inne pożywienie (Warin, 2003).

Postawy wobec ciała (jego rozmiarów, kształtu i wagi). Niewątpliwie u osób z zaburzeniami odżywiania, wygląd fizyczny (zwłaszcza szczupłość) odgrywa wiodącą rolę w ocenie samego siebie, przy czym zazwyczaj jest on postrzegany negatywnie jako defekt (Garner, 2002; zob. też: Cash, Deagle, 1997).

Badacze zaburzeń odżywiania zgodnie twierdzą, i znajduje to potwierdzenie w kolejnych edycjach DSM czy ICD, że jednym z głównych objawów tych chorób jest zaburzenie obrazu własnego ciała, które z kolei polega na tym, że osoba uważa się za otyłą nawet wówczas, gdy jest wychudzona. Termin *obraz ciała* nie został dotychczas jasno zdefiniowany. Slade i Brodie (1994) definiują to pojęcie jako „umysłową reprezentację na temat rozmiarów, kształtu i formy ludzkiego ciała oraz uczucia, jakie mamy w stosunku do tych jego cech i składających się nań części” (s. 32; zob. też: Slade, 1988). Z tej definicji wynika, to, z czym zgadza się większość współczesnych badaczy, a mianowicie, że na obraz ciała składa się:

- dokładność w oszacowaniu rozmiarów ciała (tzw. „percepcja ciała”; Slade, Brodie, 1994, s. 32) oraz
- postawy i i uczucia wobec ciała (tzw. „koncepcja ciała”; Slade, Brodie, 1994, s. 32).

W oparciu o powyższy podział, wyróżnia się dwa typy dysfunkcji obrazu ciała, a mianowicie:

- percepcyjne zaburzenie obrazu ciała oraz
- poznawczo-ewaluatywną dyssatisfakcję z ciała (Skrzypek, Wehmeier, Remschmidt, 2001).


W ostatnich latach odkryto istnienie obu tych dysfunkcji za pomocą funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (*functional Magnetic Resonance Imaging*, fMRI) u osób z jadłowstrętem psychicznym (Mohr i in., 2010) i u osób z żarłocznością psychiczną (Mohr i in., 2011). Nie jest jasne, w jakim stopniu te dwa typy nieprawidłowości są z sobą związane (Skrzypek i in., 2001). Techniki badania dysfunkcji w zakresie pierwszego aspektu obrazu ciała, czyli dokładności w oszacowaniu rozmiarów ciała, zarówno w sensie dysfunkcji w oszacowaniu rozmiarów poszczególnych

części ciała (najczęściej w przypadku zaburzeń odżywiania są to: biodra, talia, uda, czasami twarz), jak i dysfunkcji w postrzeganiu całego ciała, czyli nieprawidłowości w zakresie jego wizerunku (zob. też: Sepúlveda, Botella, León, 2002), prezentuje tabela 1. Poznawczo-ewaluatywną dyssatisfakcję z ciała bada się między innymi za pomocą takich kwestionariuszy samoopisowych, jak: *Body Dissatisfaction Index*, *Body Shape Questionnaire* (Sepúlveda i in., 2002; zob. też: Lautenbacher, Kraehe, Krieg, 1997; Thompson, van den Berg, 2002), *Kwestionariusz wizerunku ciała* (Głębocka, 2009), czy też zawierający Skalę niezadowolenia z ciała *Eating Attitudes Test* (EAT; Garner, Garfinkel, 1979; zob. też: Sepúlveda i in., 2002). Badania, które stosowały niektóre z powyższych technik i dotyczyły zarówno percepcyjnego zaburzenia obrazu ciała, jak i poznawczo-ewaluatywnej dyssatisfakcji z niego wykazały, że zaburzenia obrazu ciała w jadłowstręcie psychicznym nie wynikają prawdopodobnie z deficytu percepcyjnego, lecz z poznawczo-ewaluatywnego niezadowolenia ze swojego ciała. Wskazują na to między innymi rezultaty metaanalizy 66 badań pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, przeprowadzonych w latach 1974–1993 przez Skrzypka i in. (2001) oraz metaanalizy 83 badań zaburzeń odżywiania przeprowadzonych w latach 1970–1998 przez Sepúlvedę i in. (2002). Z tego względu warto przyrzeć się bliżej poznawczo-ewaluatywnej dyssatisfakcji z ciała u osób z tymi zaburzeniami.

Po pierwsze, osoby z zaburzeniami odżywiania cechuje negatywna postawa wobec swojego ciała. Jak twierdzą Gans i Gunn (2003), według osoby z jadłowstrętem psychicznym, jej ciało jest brzydkie i brudne (zob. też: Pennycook, 1994; Warin, 2003; Wycisk, 2000). Nazywane jest przez nią „mięsem” (Lemma-Wright, 1994, s. 46) i „przykrą sprawą” (Lemma-Wright, 1994, s. 45). Według Wycisk (2000), „niektóre wypowiedzi chorych dziewcząt wprost odzwierciedlają z jednej strony doświadczanie własnego ciała jako wyalienowanego i obcego, z drugiej – uwięzienie czy schwytywanie duszy w pułapkę własnej fizyczności” (s. 130). Czynności i procesy związane z ciałem, takie jak jedzenie, wydalanie, menstruacja, są odczuwane przez chorą osobę jako bardzo nieprzyjemne, ponieważ przypominają o jego realności (Levens, 1995). Taka osoba postrzega swoje ciało jako złe (zob. też: Pennycook, 1994; Warin, 2003; Wycisk, 2000), a poprzez odchudzanie zyskuje pewność, że nie poddaje się „grzechom ciała” (Warin, 2004, s. 101). Zerbe (1993a) twierdzi, że osoby z zaburzeniami odżywiania rozwijają intensywną nienawiść do ciała, uwarunkowaną czynnikami rodzinnymi, zwłaszcza nieprawidłową relacją z matką.

Tabela 1

Metody badania dysfunkcji w dokładności oszacowania rozmiarów poszczególnych części ciała i/lub rozmiarów całego ciała, czyli wizerunku ciała

Metody badające dysfunkcje w oszacowaniu rozmiarów poszczególnych części ciała
<ul style="list-style-type: none"> - Indeks percepcji ciała (<i>Body Perception Index</i>; Sepúlveda i in., 2002), określane także jako Indeks zniekształcenia obrazu ciała (<i>Body Distortion Index</i>; Thompson, 1987; zob. też: Thompson, Gardner, 2002), który oblicza się przez podzielenie np. rozmiaru obwodu w talii postrzeganego przez badanego przez rzeczywisty rozmiar obwodu w talii i pomnożenie tak otrzymanej liczby przez 100; - Technika ruchomej suwmiarki (<i>movable calliper technique</i>), inaczej nazywana kinestetycznym oszacowaniem rozmiarów (<i>kinesthetic size estimation</i>) w celu określenia przez badanego np. postrzeganego przez niego rozmiaru obwodu w talii (Lautenbacher i in., 1997); - Wizualna ocena rozmiarów ciała (<i>visual size estimation</i>) polega na wyświetlaniu dwóch punktów świetlnych na ścianie i modyfikacji przez badanego odległości między nimi tak, aby odpowiadała ona rozmiarowi np. postrzeganego przez niego obwodu w talii (Ruff, Barios, 1986); - Procedura zakreślania obrazu (<i>image marking procedure</i>) polega na tym, że badany, trzymając ołówki – po jednym w każdej ręce, rysuje linię odpowiadającą rozmiarowi np. jego obwodu w talii (Molinari, 1995).

<p>Łączna ocena błędów w oszacowaniu rozmiarów poszczególnych części z ciała umożliwia ocenę globalnego obrazu własnego ciała u badanego, jednak istnieją metody służące specjalnie do badania całościowego zniekształcenia obrazu ciała.</p>
Metody badające dysfunkcje w oszacowaniu rozmiarów całego ciała, czyli wizerunku ciała:
<ul style="list-style-type: none"> - „Krzywe lustro” (<i>distorting mirror</i>), które zmienia odbicie badanego horyzontalnie i wertykalnie, podczas gdy on ma ocenić, które odbicie jest adekwatne (Traub, Orbach, 1964); - Technika zniekształcania fotografii (<i>distorting photograph technique</i>), która polega na tym, że badany patrzy przez anamorficzne soczewki na swoją fotografię i ma określić, która jej wersja jest prawidłowa (czyli odpowiada rzeczywistości; Garner, Garfinkel, Bonato, 1987); - Technika zniekształcania nagrania video (<i>video distortion technique</i>), która polega na tym, że zadaniem badanego jest modyfikacja zmieniającej się horyzontalnie na ekranie sylwetki (Geissner, Bauer, Fichter, 1997); - Metoda ukazująca sylwetki (<i>silhouette methods</i>), która polega na tym, że badany wybiera z serii sylwetek tą, która najbardziej według niego reprezentuje jego sylwetkę (Bell, Kirkpatrick, Rinn, 1986); - Technika komputerowego zniekształcania obrazu (<i>computer based image distortion technique</i>) polega na tym, że fotografie osoby badanej są projektowane na ekran, tworząc sylwetki, zaś osoba ma wybrać tę sylwetkę, która jest zgodna z rzeczywistością; ta technika może być także stosowana do oszacowania postrzegania poszczególnych części ciała (Hennighausen, Enkelmann, Wewetzer, Remschmidt, 1999).

Źródło: opracowanie własne.

Po drugie, można mówić o specyficznym przetwarzaniu informacji przez osoby z zaburzeniami odżywiania, przy czym przede wszystkim dotyczy to bodźców związanych z rozmiarami, kształtem i wagą ciała. Podczas ostatnich dwóch dekad wielu badaczy intensywnie analizowało ten temat (np. Legenbauer, Rühl, Vocks, 2008; Thompson i in., 1999; Williamson i in., 2004). Według Casha (2002) przetwarzanie informacji dotyczących obrazu ciała jest „sterowane przez schematy” („*schema-driven processing*”, s. 42), jest ono automatyczne, czyli zachodzi bez udziału

świadomości. Osoba, która jest schematyczna w jakimś obszarze (także w obszarze obrazu ciała, jak w omawianym tutaj przypadku), będzie przetwarzała informację mającą związek z tym obszarem inaczej niż osoba, która nie jest w tym zakresie schematykiem (Markus, Hamill, Sentis, 1987; zob. też: Cash, 2002). Konsekwentnie, schematy obrazu ciała odzwierciedlają rdzenne, kierowane przez emocje przekonania o znaczeniu i wpływie wyglądu fizycznego na życie, włączając w to kluczowe jego znaczenie dla poczucia Ja. Schematycy w zakresie obrazu ciała będą zatem zwracać większą uwagę na informacje dotyczące ich wyglądu oraz będą je preferencyjnie przetwarzać. Warto dodać, że u osób z troskami związanymi z rozmiarami i kształtem ciała, które nie osiągają poziomu psychopatologii, ale mogą sprawiać, że osoby te są szczególnie podatne na zaburzenia odżywiania, również mogą występować powyższe zniekształcenia, z tym, że są one łatwiejsze do modyfikacji niż te, które cechują pacjentów z zaburzeniami odżywiania.

Zaburzenia obrazu ciała wydaje się podtrzymywać i wzmacniać błędne koło polegające na tym, że nieprawidłowe sposoby radzenia sobie z niezadowoleniem związanym z jego wizerunkiem (jest to najczęściej unikanie myśli i uczuć jego dotyczących lub dążenie do zmiany wywołującego niezadowolenie wyglądu), uruchamiane przez dysfunkcjonalne schematy obrazu ciała, jeszcze bardziej wzmacniają negatywną ocenę swojego wyglądu i tym samym sprawiają, że osoba staje się coraz bardziej schematyczna w tym zakresie (Cash, 2002). Obniżony nastrój może odgrywać dużą rolę w tym błędnym kole, gdyż negatywny obraz ciała powoduje aktywację dysfunkcyjnych schematów, a z kolei ta ostatnia jeszcze bardziej zniekształca obraz ciała. Tę sekwencję określa się jako „efekt huraganu” (Cash, 2002, s. 50). Biorąc pod uwagę to, że związek między z troskaniem o rozmiary, wagę i kształt ciała, dotyczącymi tej sfery schematami i wynikającymi z nich błędami poznawczymi występuje już u dzieci w wielu ośmiu lat, a silnie zintegrowane schematy Ja dotyczące ciała mogą poprzedzać rozwój zaburzeń odżywiania, warto rozpowszechniać wśród klinicystów znaczenie wczesnego rozpoznawania u dzieci i adolescentów ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania. Gdy zaś zaburzenia te już się pojawiły, warto tak modyfikować myślenie chorego, aby kontrolował on pojawianie się automatycznych reakcji w postaci negatywnej oceny własnego wyglądu, zwłaszcza w sytuacjach ekspozycji na wpływ mediów, obniżonego nastroju czy w obliczu różnorodnych problemów. Istotne jest również promowanie stosowania przez niego alternatywnych, mniej dezadaptacyjnych w stosunku do obecnych, schematów (Williamson i in., 2004).

Podjęcie poznawcze do zaburzeń odżywiania

Główne założenia podejścia poznawczego do zaburzeń odżywiania.

Dobson i Dozois (2004) stwierdzają, że jednym ze znaczących osiągnięć w analizie psychopatologii zaburzeń odżywiania są te modele i badania, które zajmują się poznawczymi treściami i procesami w tych chorobach, gdyż wydaje się, że czynniki poznawcze mają kluczowe znaczenie w ich etiologii i utrzymywaniu się. Istnieje coraz więcej dowodów naukowych na związki między zniekształceniami poznawczymi a psychopatologią jedzenia (Jones i in., 2007). Twórców tych podejść zainspirowała z jednej strony „poznawcza rewolucja” (Dobson, Dozois, 2004, s. 1002) w psychologii, z drugiej zaś strony – sukcesy terapii poznawczo-behawioralnej. Postanowili więc oni wykorzystać różnorodność poznawczych metod badania procesów psychicznych (Dobson, Dozois, 2004).

Według poznawczych modeli zaburzeń odżywiania, osoby cierpiące na nie cechują dysfunkcjonalne przekonania związane z samooceną, obrazem ciała oraz jedzeniem (Eiber i in., 2005). Jones i in. (2007) uważają, że jadłowstręt psychiczny i żarłoczność psychiczna „są zasadniczo poznawczymi zaburzeniami, w których główne zniekształcenie poznawcze przejawia się poprzez charakterystyczny układ postaw i wartości w zakresie wagi i kształtu ciała” (s. 157). Ten typ zniekształcenia badacze ci uważają za „główną psychopatologię” („*core psychopathology*”, s. 156) tych zaburzeń, oscylującą wokół tematów jedzenia. Według poznawczych ujęć zaburzeń odżywiania, osoby cierpiące na nie różnią się od innych jednostek pod względem przetwarzania informacji (Dobson, Dozois, 2004), a mianowicie selektywnie koncentrują swoją uwagę na bodźcach związanych z pokarmem, kształtem ciała i wagą (Faunce, 2002; Vitousek, Hollon, 1990; zob. też: Johansson, 2006). Jones i in. (2007) zwracają uwagę, że osoby z jadłowstrętem psychicznym i żarłocznością psychiczną oceniają siebie prawie wyłącznie w terminach jedzenia, kształtu i wagi ciała oraz umiejętności kontroli nad nimi. Według autorów, zniekształcenia poznawcze w tych zaburzeniach charakteryzują się „niezwykłymi” (s. 157) przekonaniami o wadze, kształcie, pokarmie i jedzeniu (jako czynności). Ainsworth i in. (2002) podkreślają, że większość z dowodów potwierdzających poznawcze modele żarłoczności psychicznej pochodzi z badań stosujących paradygmaty przetwarzania informacji związanych z pokarmem, kształtem i wagą ciała. Niektórzy badacze wysuwają również argument, że schematy związane z kształtem i wagą ciała mogą utrzymywać symptomy zaburzenia odżywiania poprzez zniekształcenie postrzegania oraz interpretacji własnego doświadczenia przez jednostkę (Faunce, 2002). Jednym z poznawczych procesów związanych z zaburzeniami odżywiania, który znajduje się w centrum zainteresowania badawczego, jest uwaga selektywna. W zgodzie z ideą, że osoby

z zaburzeniami odżywiania cechują negatywne przekonania o pokarmie i kształcie ciała, sugerowano, że te osoby są również bardziej czujne i silniej reagują na istotne dla nich bodźce w porównaniu z osobami bez tych zaburzeń (Dobson, Dozois, 2004).

Teorie poznawcze i poznawczo-behawioralne zaburzeń odżywiania.

Teorie zainspirowane teorią poznawczo-behawioralną żarłoczności psychicznej zaproponowaną przez Fairburna (1981). Badacze oraz terapeuci rozwinięli wiele modeli zaburzeń odżywiania podczas ostatnich 40 lat. Teorie zaburzeń odżywiania, które powstały w latach '70 ubiegłego wieku podkreślają rolę lęku przed otyłością i zaburzeń obrazu ciała jako pierwotnych czynników motywacyjnych w samogłodzeniu się (*self-starvation*) i zachowaniach, które mają kompensować przyrost wagi będący następstwem przejadania się (np. Bruch, 1973). W latach '80 i wczesnych latach '90 najpopularniejsze były teorie, według których głównymi determinantami przejadania się były takie czynniki, jak ograniczenie dietetyczne (Polivy, Herman, 1985) oraz ucieczka od negatywnego afektu (Heatherton, Baumeister, 1991; zob. też: Williamson i in., 2004). Na podstawie klinicznych obserwacji Becka i jego modelu zaburzeń psychicznych, szczególnie depresji, Garner i Bemis (1982) zaproponowali poznawczo-behawioralną teorię jadłowstrętu psychicznego (Johansson, 2006; zob. też: Jones i in., 2007). Stwierdzili oni, że osoby z tą chorobą cechuje zniekształcone (*biased*) przetwarzanie poznawcze informacji związanych z jedzeniem i wyglądem ciała. Takie dysfunkcjonalne przetwarzanie może wynikać z zaburzonej interpretacji zdarzeń oraz obsesyjnych i sztywnych wzorców myślenia, na przykład osoba może posiadać przekonanie, że wyłącznie od szczupłości zależy, czy odniesie sukces. Może także mieć ona przekonanie, że gdy przekroczy w niewielkim stopniu dzienną normę kaloryczną, poniesie życiową porażkę. Opierając się na teorii Garnera i Bemis (1982), Fairburn (1981; zob. też: Fairburn, 1997; Fairburn, Cooper, 1989; Fairburn, Cooper, Cooper, 1986; Fairburn i in., 2003; Johansson, 2006; Jones i in., 2007) zaproponował pierwszą i, jak się później okazało, jedną z najbardziej wpływowych teorii poznawczo-behawioralnych żarłoczności psychicznej, według której osoby z tą chorobą cechuje dysfunkcjonalne poznawcze przetwarzanie istotnego materiału dotyczącego jedzenia i wyglądu ciała, co odgrywa dużą rolę w jej rozwoju i utrzymywaniu się. Teoria ta opiera się na tzw. modelu głodzenia (*starvation model*; Fairburn, 1981; zob. też: Ainsworth i in., 2002), który jest zgodny z modelem przetwarzania informacji Becka i Clarka (1997) i który akcentuje znaczenie błędów (tendencji) w przetwarzaniu informacji w utrzymywaniu się psychopatologii (zob. też: Ainsworth i in., 2002). Według tego modelu, niska samoocena powoduje nadmierne zatroskanie o kształt i wagę ciała, co staje się przyczyną skrajnego ograniczenia dietetycznego. Z kolei takie ograniczenie prowadzi do napadów objadania się, w czym pośredniczą czynniki psy-

chologiczne i fizjologiczne. Aby przeciwdziałać skutkom przejadania się, osoba angażuje się w przeczyszczanie. Powstaje zatem cykl, w ramach którego wyżej wymienione zachowania zwiększają i tak już niską samoocenę chorego (Ainsworth i in., 2002).

Podstawowym założeniem teorii poznawczo-behawioralnej żarłoczności psychicznej było stwierdzenie, że:

centralny dla utrzymywania się żarłoczności psychicznej jest dysfunkcyjny system oceny samego siebie. Podczas gdy większość ludzi ocenia siebie na podstawie postrzeganych sukcesów w różnorodnych obszarach życia (np. jakość relacji interpersonalnych, praca, rodzicielstwo, sport itp.), osoby z zaburzeniami odżywiania oceniają siebie przede wszystkim, a nawet wyłącznie, w terminach ich zachowań dotyczących jedzenia, kształtu lub wagi ciała (często w tych wszystkich trzech obszarach jednocześnie) oraz umiejętności kontrolowania ich (Fairburn i in., 2003, s. 510).

Według tej teorii, przecenianie jedzenia, kształtu i wagi ciała oraz kontroli nad nimi ma kluczowe znaczenie dla utrzymywania się żarłoczności psychicznej. Większość innych objawów powinna być postrzegana jako bezpośrednie następstwo tej rdzennej psychopatologii, włączając w to: zachowania w zakresie skrajnej kontroli wagi (dieta, ćwiczenia fizyczne, prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających i diuretyków), różne formy sprawdzania ciała (np. poprzez ważenie się) i unikania konfrontacji z nim (np. omijanie luster) oraz zaangażowanie w myśli dotyczące pokarmu, kształtu i wagi ciała (Fairburn i in., 2003). Autorzy bardzo ciekawie przedstawiają sekwencję zachowań osób z żarłocznością psychiczną. Podkreślają oni, że choroba ta jest następstwem niskiej samooceny i będącego jej następstwem szczególnego sposobu, w jaki osoby na nią cierpiące próbują ograniczać jedzenie, a mianowicie przestrzegają one ścisłej diety i reagują negatywnie na najmniejsze odstępstwo w tym zakresie, postrzegając je jako utratę, a wówczas rezygnują i zaprzestają podejmowania wysiłku w kierunku ograniczania przyjmowanego jedzenia, co skutkuje napadowym objadaniem się. Badacze odkryli, że załamania diety nie pojawiają się przypadkowo, ale w reakcji na silne zmiany nastroju (zazwyczaj negatywnego). Objadanie się wydaje się okresowo neutralizować takie stany, jednak w rezultacie utrzymuje je. Procesem utrzymującym napadowe objadanie się u tych pacjentów jest kompensacyjne przeczyszczanie (wywoływanie wymiotów lub zażywanie leków przeczyszczających po epizodach objadania się). Przekonanie chorych, że potrafią w ten sposób zmniejszyć przyrost wagi, powstrzymuje je przed zaniechaniem objadania się. Innym czynnikiem utrzymującym napadowe objadanie się jest silny samokrytycyzm chorych pod względem zachowania standardów w zakresie jedzenia, kształtu i wagi ciała oraz kontroli nad nimi, a mianowicie, gdy nie udaje im sprostać tym wymaganiom, postrzegają

to jako swoją porażkę, a nie zauważają, że to standardy, które sobie wyznaczyli, są zbyt wyśrubowane. Rezultatem tego jest wtórna negatywna samoocena, która utrzymuje zaburzenie odżywiania, gdyż chorzy czują się zobowiązani do jeszcze cięższej pracy, aby osiągnąć „sukces”, który jest przez nich rozumiany jako ścisła kontrola nad jedzeniem, kształtem i wagą ciała. Prowadzi to do błędnego koła utrzymującego chorobę (Fairburn i in., 2003). Fairburn i in. (2003) stwierdzają, że poznawczo-behawioralna terapia żarłoczości psychicznej oparta na wyżej zaprezentowanej teorii (składająca się z 15–20 sesji trwających przez okres około pięciu miesięcy), daje dobre rezultaty i po jej zakończeniu u chorych ma miejsce o wiele mniej nawrotów w porównaniu z chorymi poddanymi terapii behawioralnej, jednakże niestety, trwała poprawa występuje zaledwie u 40–50% pacjentów (zob. też: Ainsworth i in., 2002).

W dalszym etapie badań nad poznawczo-behawioralną teorią żarłoczości psychicznej, Fairburn i in. (2003) zaczęli zastanawiać się nad przyczynami jedynie częściowej skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej tej choroby opartej o założenia zaproponowanej przez nich teorii. Badacze ci doszli do wniosku, że kluczowym czynnikiem odpowiedzialnym za obniżenie skuteczności psychoterapii żarłoczości psychicznej może być pominięcie w trakcie jej trwania kilku ważnych tematów, które prawdopodobnie wpływają na utrzymywanie się tej choroby, a które mogą wchodzić w interakcję z rdzennym mechanizmem leżącym u jej podłoża, przedstawionym w pierwszej wersji teorii. Wśród nich badacze wymienili kilka klinicznych rysów osoby, które zostały zaprezentowane poniżej.

– Kliniczny perfekcjonizm – jest to nadmierne przypisywanie znaczenia osiągnięciom, nawet za cenę negatywnych konsekwencji. W centrum tego perfekcjonizmu znajduje się system oceny siebie, w ramach którego samoocena zależy w przeważającej części od dążenia do bardzo wymagających celów i sukcesu w ich osiągnięciu. Perfekcjonizm jest jedną z najważniejszych cech obserwowanych u osób z żarłoczością psychiczną (ale także u osób z innymi zaburzeniami odżywiania). Osoby te postępują według wyśrubowanych standardów w zakresie pokarmu, kształtu i wagi ciała. Współwystępują one u nich ze standardami dotyczącymi innych aspektów życia (np. nauki, pracy zawodowej czy sportu). Temu rodzajowi perfekcjonizmu towarzyszy bardzo silny lęk przed niepowodzeniem, a u osób z zaburzeniami odżywiania oznacza to przede wszystkim lęk przed przejadaniem się, przyrostem wagi i otyłością, którego zewnętrznym przejawem jest nieustanne liczenie kalorii i sprawdzanie kształtu i wagi ciała oraz samokrytycyzm wynikający z tendencyjnej oceny efektów podejmowanych działań. Wynikająca stąd wtórna negatywna samoocena intensyfikuje determinację w dążeniu do osiągnięcia wartościowych według nich celów, która znajduje swój wyraz w ścisłym kontrolowaniu ilości przyjmowanego pokarmu oraz kształtu i wagi, co z kolei wpływa na utrzymywanie się choroby.

– Rdzenna (*core*) niska samoocena – wśród generalnie samokrytycznych osób z żarłocznością psychiczną można wyodrębnić subgrupę, którą cechuje globalny negatywny pogląd na siebie. U tych osób występuje nie tyle negatywne myślenie o nich samych w rezultacie ich niepowodzeń w kontroli nad ilością przyjmowanego pokarmu, kształtem ciała i wagą, co raczej bezwarunkowa i wszechogarniająca negatywna samoocena, którą można traktować jako trwały komponent ich tożsamości. Nie zależy ona od powodzenia w utrzymaniu diety i wagi ciała. Taka rdzenna niska samoocena utrudnia leczenie poprzez dwa główne mechanizmy: po pierwsze, powoduje u chorych poczucie beznadziejności co do ich zdolności do zmiany, które podważa w ich mniemaniu sensowność leczenia i po drugie, powoduje, że ze szczególną determinacją dążą oni do osiągania cenionych przez siebie celów (w tym przypadku jest to dążenie do kontroli nad pokarmem, kształtem ciała i wagą). Ten stan ma charakter samonapędzającego się błędnego koła, ponieważ chorych cechują szczególnie nasilone poznawcze błędy w przetwarzaniu informacji w połączeniu z nadmierną generalizacją. W wyniku jego działania każde, nawet minimalne niepowodzenie jest interpretowane jako potwierdzenie, że są oni „skazani” na porażkę, co podtrzymuje ich ogólną negatywną samoocenę. Z powodu wielu barier psychicznych, które wynikają z rdzennej niskiej samooceny, osoby z żarłocznością psychiczną szczególnie źle reagują na leczenie.

– Nietolerancja nastroju – początkowo konstruując rozbudowany model żarłoczności psychicznej, Fairburn i in. (2003) zakładali, że negatywne stany nastroju mogą wpływać na przerwanie diety i rozpoczęcie napadowego objadania się, jednakże później stało się dla nich oczywiste, że u pewnych pacjentów relacja między stanami emocjonalnymi a objadaniem się jest bardziej skomplikowana. Chorych wydaje się bowiem cechować nietolerancja nastroju, czyli nieumiejętność konstruktywnego radzenia sobie z pewnymi stanami emocjonalnymi. Zazwyczaj chodzi tutaj o nietolerowanie negatywnych stanów nastroju, takich jak złość, lęk czy depresja, jednak u pewnych pacjentów można zauważyć nietolerowanie wszystkich intensywnych, w tym także pozytywnych (np. ekscytacja), stanów nastroju. Zamiast ich akceptacji oraz odpowiedniego radzenia sobie z nimi, chorzy angażują się w coś, co można nazwać „dysfunkcyjnym zachowaniem regulującym nastrój” (Fairburn i in., 2003, s. 517). Zachowania tego typu, a mianowicie samouszkodzenia (np. przecinanie skóry) czy przyjmowanie substancji psychoaktywnych, do pewnego stopnia neutralizują, czyli tłumią świadomość chorego co do pogarszającego się stanu nastroju. U osób z żarłocznością psychiczną przejadanie się, prowokowanie wymiotów oraz intensywne ćwiczenia fizyczne mogą również stanowić formę zachowania regulującego nastrój.

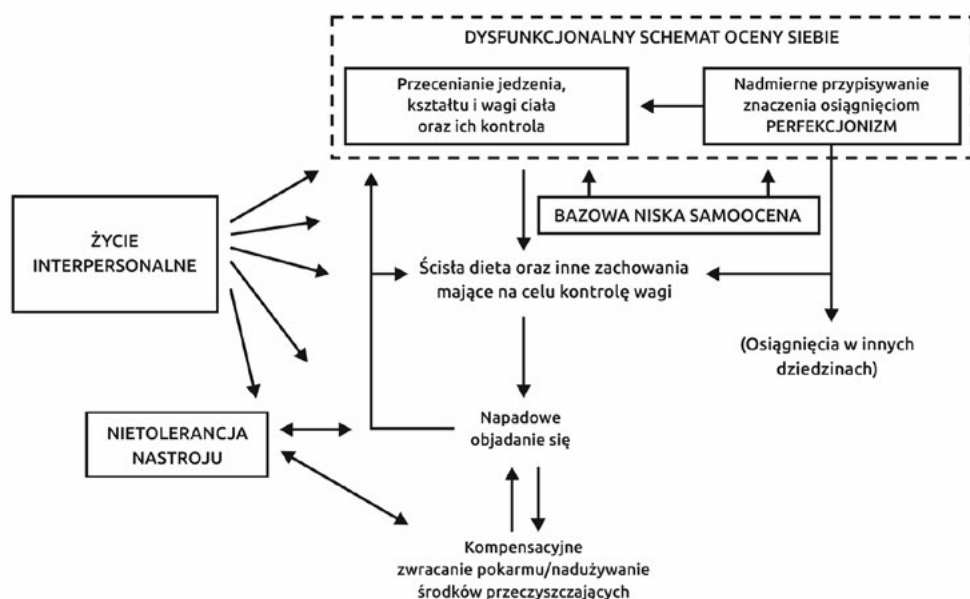
– Trudności interpersonalne – pierwotna wersja teorii poznawczo-behawioralnej żarłoczności psychicznej (Fairburn, 1981) nie doceniała dużej roli otoczenia chorego w powstawaniu i utrzymywaniu się objawów choroby, jednak liczne obserwacje i ba-

dania wykazały, że tego czynnika nie można pominąć w rozbudowanej, nowej wersji modelu. Po pierwsze, napięcia rodzinne mogą powodować u młodego człowieka nasilone pragnienie kontroli, którego zewnętrznym przejawem są ograniczenia dietetyczne. Po drugie, pewne środowiska, w szczególności rodziny, których członkowie sami cierpią na zaburzenia odżywiania lub stwarzają atmosferę presji na bycie szczupłym, mogą intensyfikować zatroskanie o pokarm, kształt i wagę ciała. Po trzecie, nieprzyjemne bądź tragiczne wydarzenia w rodzinie mogą poprzedzać epizody objadania się, zwłaszcza u osób podatnych na zaburzenia odżywiania, które są szczególnie wrażliwe na jakość społecznych interakcji. Po czwarte, trudności interpersonalne obniżają samoocenę u chorych cierpiących na żarłoczność psychiczną, co, jak wspomniano wcześniej, motywuje ich do jeszcze cięższej pracy nad osiągnięciem najwartościowszego dla nich celu, jakim jest sukces w sprawowaniu kontroli nad przyjmowaniem pokarmu oraz kształtem i wagą ciała. Warto dodać, że nieprawidłowe funkcjonowanie interpersonalne stanowi predyktor niepomysłnej reakcji chorego na leczenie.

Rysunek 1 prezentuje rozszerzoną teorię poznawczo-behawioralną żarłoczności psychicznej (zob. też: Cardi, Tchanturia, Treasure, 2018; Monteleone, Treasure, Kan, Cardi, 2018).

W dalszym etapie badań Fairburn i in. (2003) zaczęli analizować uwarunkowania innych zaburzeń odżywiania, a mianowicie jadłowstrętu psychicznego i zaburzenia odżywiania nieokreślonego inaczej (zob. też: DSM-IV-TR, 2000). Doszli przy tym do następujących wniosków. Jadłowstręt psychiczny i żarłoczność psychiczną cechuje generalnie ta sama rdzenna psychopatologia, a mianowicie chorzy przypisują nadmierne znaczenie pokarmowi, kształtowi i wadze ciała oraz kontroli nad nimi, czego następstwem są podobne w obu chorobach zachowania. Pacjenci z jadłowstrętem psychicznym ograniczają przyjmowanie pokarmów w ten sam sztywny i skrajny sposób co pacjenci z żarłocznością psychiczną. Ponadto także w ich przypadku nie są rzadkością takie zachowania, jak: prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających i moczopędnych oraz intensywne ćwiczenia fizyczne. Dodatkowo u osób z jadłowstrętem psychicznym można zauważyć te same formy sprawdzania ciała, które występują w przebiegu żarłoczności psychicznej. Napadowe objadanie się także nie wydaje się różnicować tych dwóch grup chorych, ponieważ wśród pacjentów z jadłowstrętem psychicznym także mają miejsce jego epizody, którym towarzyszy, chociaż nie zawsze, kompensacyjne przeczyszczanie. Jedyne, co wydaje się różnicować te dwie choroby, to rola takich zachowań, jak głodzenie się i objadanie się oraz wpływ, jaki mają one na wagę ciała chorego. W przypadku żarłoczności psychicznej, te dwie formy zachowań wzajemnie się neutralizują, co sprawia, że waga osoby z tą chorobą nie zmienia się, natomiast w przypadku jadłowstrętu psychicznego, w przebiegu którego przeważa głodzenie się, objadanie się może być w ogóle nieobecne, a waga ciała może być tak niska, że można mówić o wyniszczeniu organizmu. Podobień-

stwa między jadłowstrętem psychicznym i żarłocznością psychiczną stają się jeszcze bardziej widoczne, gdy spojrzymy na nie z perspektywy dłuższego czasu trwania tych chorób. Badania długofalowe wykazały, że niewyleczony jadłowstręt psychiczny może przekształcić się w żarłoczność psychiczną, a ¼ pacjentów z żarłocznością psychiczną w przeszłości chorowała na jadłowstręt psychiczny (Fairburn i in., 2003).



Rysunek 1. Schemat ilustrujący rozszerzoną teorię poznawczo-behawioralną żarłoczności psychicznej.

Źródło: Fairburn i in., 2003, s. 516. Zaadaptowane za zgodą Wydawnictwa Elsevier Science Ltd.

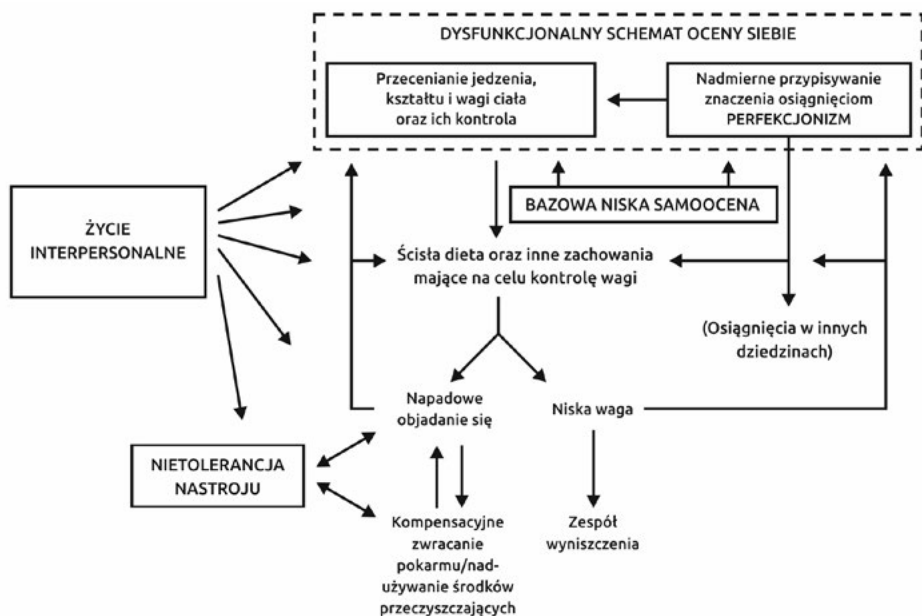
Zaburzenia odżywiania nieokreślone inaczej występują równie często co zaburzenia odżywiania nazwane przez Fairburna i in. (2003) „prototypowymi” (s. 520) – badacze zaliczają do tej grupy jadłowstręt psychiczny i żarłoczność psychiczną – i posiadają wiele wspólnych z nimi objawów. Niektóre z nich przypominają te występujące w przebiegu jadłowstrętu psychicznego lub żarłoczności psychicznej, lecz nie spełniają wszystkich kryteriów diagnostycznych tych chorób, ale do tej grupy zalicza się także zaburzenia odżywiania o specyficznej, niespotykanej w tych dwóch chorobach konfiguracji objawów. Według Fairburna i in. (2003), opierających się głównie na własnym doświadczeniu klinicznym, głównym objawem zaburzeń odżywiania nieokreślonych inaczej są sztywne i skrajne ograniczenia dietetyczne, przy czym czasami towarzyszą im: prowokowanie wymiotów, nadmierne ćwiczenia fizyczne czy nadużywanie środków przeczyszczających. Objadanie się (doświadczone subiektywnie lub obserwowane obiektywnie) jest również ich powszechnym objawem

i w większości przypadków obecne jest przecenianie jedzenia, kształtu i wagi ciała oraz kontroli nad nimi, które cechują również jadłowstręt psychiczny i żarłoczność psychiczną. Podobnie jak w przypadku podobieństw między objawami jadłowstrętu psychicznego i żarłoczności psychicznej, także i w przypadku zaburzenia odżywiania nieokreślonego inaczej podobieństwa międzydiagnostyczne (*cross-diagnostic*) stają się bardziej widoczne, gdy przyjmiemy się długofalową perspektywę. Z tego względu diagnozę tego zaburzenia zazwyczaj poprzedza rozpoznanie jadłowstrętu psychicznego, zaś diagnozę żarłoczności psychicznej poprzedza rozpoznanie jadłowstrętu psychicznego lub zaburzenia odżywiania nieokreślonego inaczej. Ponadto nierzadko po ustąpieniu objawów żarłoczności psychicznej u chorego może rozwinąć się chroniczna postać zaburzenia odżywiania nieokreślonego inaczej (Fairburn i in., 2003). Zjawisko „migracji” (Fairburn i in., 2003, s. 520) pacjentów z zaburzeniami odżywiania poprzez różne kategorie diagnostyczne uzyskało zadziwiająco mało uwagi w literaturze przedmiotu, zważywszy, że coraz częściej uznaje się rozwijany przez osoby na początku okresu adolescencji jadłowstręt psychiczny za zaledwie początkową fazę w przebiegu zaburzenia odżywiania, z kolei żarłoczność psychiczną stwierdza się najczęściej u nastolatków w późnej adolescencji.

Podsumowując, według Fairburna i in. (2003), takie zaburzenia odżywiania, jak: jadłowstręt psychiczny, żarłoczność psychiczna i zaburzenie odżywiania nieokreślone inaczej, dzielą tę samą, odróżniającą je od innych zaburzeń psychicznych, psychopatologię. Co więcej, prawdopodobnie te same mechanizmy odpowiadają za ich uporczywość.

Należy podkreślić, że transdiagnostyczna linia argumentacji nie pozostaje w sprzeczności z rozszerzoną poznawczo-behawioralną teorią żarłoczności psychicznej, zwłaszcza w odniesieniu do jadłowstrętu psychicznego, którego objawy są lepiej opisane niż objawy zaburzenia odżywiania nieokreślonego inaczej. Po pierwsze, kliniczny perfekcjonizm jest nawet bardziej widoczny u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym niż u pacjentów z żarłocznością psychiczną i w dużym stopniu to on odpowiada za nierzadko doprowadzające do wyniszczenia ograniczanie jedzenia u pacjentów anorektycznych. Rdzenna niska samoocena również nie jest rzadkością u osób z jadłowstrętem psychicznym i jest szczególnie zauważalna wówczas, gdy choroba ta przybiera chroniczną postać, ponieważ jest ona ważnym czynnikiem odpowiadającym za jej utrzymywanie się. Z kolei nietolerancja nastroju jest mniej typowa dla pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, a gdy się pojawia, to najczęściej w przypadku postaci tej choroby przebiegającej z napadami objadania się/przeczyszczaniem. Wreszcie trudności interpersonalne zarówno w relacjach z rodziną, jak i z rówieśnikami są często obecne u osób z jadłowstrętem psychicznym. Zatem każdy z czterech dodatkowych czynników utrzymujących żarłoczność psychiczną, uwzględ-

nionych w rozszerzonej poznawczo-behawioralnej teorii tej choroby, prawdopodobnie jest obecny i odgrywa istotną rolę również u osób z jadłowstrętem psychicznym. Kliniczne obserwacje wskazują także na duże znaczenie tych czynników w przebiegu zaburzenia odżywiania nieokreślonego inaczej. Fairburn i in. (2003) podkreślili, że te czynniki niekoniecznie muszą operować jednocześnie, oraz że nie muszą być obecne u każdego pacjenta z zaburzeniem odżywiania. Ponadto według tych badaczy wszystkie czynniki ujęte w ich teorii, o ile są obecne u danego pacjenta, powinny być analizowane podczas psychoterapii, gdyż bez ich korekty prawdopodobnie nie zakończy się ona pełnym i trwałym powrotem pacjenta do zdrowia. Na podstawie transdiagnostycznej teorii zaburzeń odżywiania powstał program leczenia tych chorób, a wyniki badań nad jego skutecznością okazały się bardzo obiecujące. Rysunek 2 prezentuje rozszerzoną poznawczo-behawioralną teorię jadłowstrętu psychicznego, żarłoczości psychicznej i zaburzenia odżywiania nieokreślonego inaczej, czyli transdiagnostyczną teorię zaburzeń odżywiania zaproponowaną przez Fairburna i in. (2003).



Rysunek 2. Schemat ilustrujący transdiagnostyczną teorię zaburzeń odżywiania.

Źródło: Fairburn i in., 2003, s. 523. Zaadaptowane za zgodą Wydawnictwa Elsevier Science Ltd.

Teorie oparte na schematach. Williamson i in. (2004) piszą, że w latach '90 XX w. badacze zaproponowali szereg poznawczych, czyli opartych na analizie przetwarzania informacji, teorii zaburzeń odżywiania. Wśród nich na uwagę zasługuje

jedno z najwcześniejszych ujęć dotyczące błędów (tendencji) w przetwarzaniu informacji (zob. też: Lee, Shafran, 2004), a mianowicie podejście oparte na schematach (*schematic approach*). Jak twierdzą Ainsworth i in. (2002), teoria oparta na schematach, którą stworzyli Vitousek i Hollon, (1990), opiera się na opisywanym wcześniej modelu głodzenia (Fairburn, 1981; zob. też: Johansson, 2006). Ainsworth i in. piszą, że Vitousek i Hollon, podobnie jak Fairburn (1981), podkreślają rolę niskiej samooceny w kształtowaniu się postaw dotyczących jedzenia, kształtu i wagi ciała. Według Johansson (2006), Vitousek i Hollon stworzyli swój model na podstawie teorii Becka (1976), Garnera i Bemis (1982) oraz Fairburna i in. (1986), aby wyjaśnić rolę, jaką odgrywają w zaburzeniach odżywiania dezadaptacyjne procesy poznawcze. Należy podkreślić, iż dotychczasowe modele poznawcze zaburzeń odżywiania nie zakładały *explicite* możliwości przetwarzania informacji opartego na schematach. Vitousek i Hollon w następujący sposób motywują swoje wysiłki badawcze:

Odczuwamy pilną i praktyczną potrzebę głębszego zrozumienia tego, o czym i jak myśli pacjent z zaburzeniem odżywiania, jeśli chcemy oddziaływać na to, jak się zachowuje i mamy nadzieję, że podejście oparte na schematach może zbliżyć nas do osiągnięcia tego celu (s. 210).

Chociaż autorzy podkreślają, że nie próbowali stworzyć nowej teorii zaburzeń odżywiania, a raczej celem ich było zaproponowanie struktury, która może pomóc w zrozumieniu już istniejących modeli poznawczych tych zaburzeń i w zoptymalizowaniu ich leczenia, to jednak ich podejście zyskało status ważnej teorii w tym obszarze. Vitousek i Hollon (1990) założyli, że osoby z zaburzeniami odżywiania posiadają szczególnie pilną potrzebę posiadania schematów, które upraszczają, organizują i stabilizują doświadczanie przez nich swojego Ja i otaczającego je środowiska. Badacze ci uważają, że koncentracja chorych na wadze, którą określają jako ascetyczną i desperacką walkę, a której główną cechą jest schematyczność (np. liczenie kalorii, które zawierają spożywane pokarmy), jest przez nich „wybrana” (s. 192) i wysoko ceniona, gdyż przywraca im poczucie uporządkowania i przewidywalności w świecie doświadczanym przez nie jako chaotyczny i przygniatający. To wyjaśnia, dlaczego objawy zaburzenia odżywiania są często postrzegane przez chorych jako pełniące pozytywną funkcję, czyli egosyntoniczne (np. Tan, Hope, Stewart, Fitzpatrick, 2003). Vitousek i Hollon (1990) uważają, że „poznawczą »istotę« tych zaburzeń można odkryć w silnych wewnętrznych schematach (...), które mogą odpowiadać za ich rozwój i utrzymywanie się” (s. 191). Badacze wymieniają następujące trzy typy schematów występujących w zaburzeniach odżywiania: schematy dotyczące Ja (np. „Jestem niekompetentna”); schematy dotyczące wagi (np. „szczupłość jako synonim inteligencji”);

schematy Ja związane z wagą (np. „Jeśli będę szczupła, będę wartościową osobą” – należy zwrócić tutaj uwagę, że osoba definiuje swoje Ja w oparciu o wagę ciała, co akcentuje warunkowy, a nie deklaracyjny tryb powyższej wypowiedzi; zob. też: Ainsworth i in., 2002; Eiber i in., 2005; Johansson, 2006). Według Vitousek i Hollona (1990) główna psychopatologia jadłowstrętu psychicznego i żarłoczności psychicznej „jest widoczna w zorganizowanych strukturach poznawczych, które łączą poglądy na temat »ja« z przekonaniem na temat wagi. Te związane z wagą schematy »ja« mogą mieć automatyczny wpływ na przetwarzanie informacji” (s. 191; zob. też: Ainsworth i in., 2002; Johansson, 2006), a mianowicie zniekształcają to przetwarzanie tak, aby było ono zgodne z tymi schematami. Jednocześnie potwierdzają je, a to sprzyja ich niezmienności (Johansson, 2006). Lee i Shafran (2004) podkreślają, że teoria Vitousek i Hollona dotyczy dezadaptacyjnych schematów związanych z pokarmem, kształtem i wagą ciała oraz Ja. Z kolei Ainsworth i in. (2002) odnosząc tę teorię do żarłoczności psychicznej, wskazują, że według jej twórców schematy Ja związane z wagą leżą u podstaw rdzennej psychopatologii tej choroby, odpowiadając za jej uporczywość, gdyż wpływają na percepcję, myśli, afekt i zachowanie głównie poprzez selektywną uwagę i pamięć. Lee i Shafran (2004) podkreślają, że u osób z zaburzeniami odżywiania nadmierna troska o jedzenie, kształt i wagę ciała oraz o kontrolę nad nimi skutkuje błędami poznawczymi w zakresie uwagi, pamięci, oceny i obrazu ciała. Taka tendencyjność poznawcza obejmuje na przykład selektywną uwagę ukierunkowaną na specyficzne, nie lubiane partie ciała podczas przeglądania się w lustrze, co utrzymuje przeszacowywanie rozmiaru ciała oraz selektywną uwagę w zakresie wrażeń płynących z ciała (np. odczucia, że „ciało drga podczas biegu”), które są nieprawidłowo interpretowane jako dowód „otyłości”. Johansson (2006) pisze, że osoba, która postrzega siebie jako otyłą, będzie selektywnie skupiać uwagę na informacjach, które potwierdzają to „spostrzeżenie”, co z kolei będzie utrzymywać występujące u niej schematy, na przykład gdy przechodzić spojrzy na nią krytycznie, ona natychmiast odniesie to do swojego, w jej mniemaniu, nieprawidłowego wyglądu, nie biorąc pod uwagę, że na przykład człowiek ów miał niezbyt udany dzień. Waller, Ohanian, Meyer i Osman (2000) stwierdzają, że modele poznawcze żarłoczności psychicznej powinny brać pod uwagę nie tylko przekonania dotyczące pokarmu, kształtu i wagi ciała. Wniosek swój autorzy sformułowali na podstawie badań 50 kobiet z tą chorobą i 50 zdrowych kobiet, tworzących grupę kontrolną. Wykorzystali przy tym *The Schema Questionnaire* (YSQ) Younga (1999) oraz metodę prowadzenia dziennika przez dwa tygodnie. Badacze wykazali, że osoby z żarłocznością psychiczną cechowały, w przeciwieństwie do osób zdrowych, schematy: defektu/wstydu, niewystarczającej samokontroli i porażki. Odkryto ponadto, że schemat emocjonalnego tłumienia stanowi czynnik prognostyczny dla objadania się, natomiast schemat defektu/wsty-

du – czynnik prognostyczny dla zwracania pokarmu. Warto wspomnieć, że istnieją ciekawe doniesienia naukowe na temat schematów związanych z wyglądem u osób z zaburzeniami odżywiania (np. Cash, Labarge, 1996) oraz schematów dotyczących ćwiczeń fizycznych (np. Kendzierski, 1988, 1990).

Vitousek i Hollon (1990) wymieniają 10 obszarów, na których powinny się koncentrować badania nad zniekształconym przez stosowanie schematów przetwarzaniem informacji u osób z zaburzeniami odżywiania:

– Szybkość i łatwość przetwarzania informacji

Według autorów, osoby z zaburzeniami odżywiania powinny przejawiać krótsze bądź dłuższe (w zależności od rodzaju zadania, które wykonują) latencje reakcji na materiał związany z ich schematami Ja, zwłaszcza związanymi z jedzeniem, kształtem i wagą ciała (np. Davidson, Wright, 2002; Lee, Shafran, 2004, 2008; Rieger i in., 1998; Shafran, Lee, Cooper i in., 2007; Smith, Rieger, 2006). Chociaż Smith i Rieger (2006) twierdzą, że błędy w przetwarzaniu informacji dotyczących kształtu i wagi ciała u osób z zaburzeniami odżywiania wykazały przede wszystkim badania wykorzystujące zadania: Stroopa i „dot-probe”, jednak od czasu tego stwierdzenia przeprowadzono bardzo dużo badań stosujących inne paradygmaty. W innym miejscu niniejszej pracy, poświęconym tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania, przedstawiono stan badań na ten temat.

– Wypracowywanie znaczenia

Według Vitousek i Hollona (1990), osoby z zaburzeniami odżywiania prawdopodobnie tworzą bogatsze, w porównaniu ze zdrowymi osobami, konotacje tematów dotyczących przyrostu i utraty wagi oraz poczucia bycia otyłym i szczupłym. Tę zmienną można badać za pomocą wielu metod, na przykład można prosić chorych o opisanie, jak ich życie zmieniłoby się, gdyby ich waga wzrosła lub zmniejszyła się o określoną liczbę kilogramów. Można również poprosić ich o określenie wagi/wag, jaka/jakie ma/mają dla nich znaczenie oraz o opisanie, jak posiadanie danej wagi/danych wag wpłynęłoby na ich wygląd. Jedną z obiecujących metod badania tego aspektu zaburzeń odżywiania jest zastosowanie siatki repertuarowej (*the repertory grid*, w skrócie *rep grid*; Kelly, 1992) w celu identyfikacji konstruktów osobistych budowanych przez te osoby. Siatka repertuarowa składa się z tzw. elementów (np. różne osoby) i tzw. konstruktów osobistych. Podczas jej uzupełniania osoba wybiera przykładowo trzy osoby (np. matkę, ojca i siebie) i zauważa, że ona i ojciec są spokojni, a matka jest wybuchowa. W ten sposób zostaje zidentyfikowany konstrukt: spokój vs. wybuchowość. Warto dodać, że elementami w siatce repertuarowej mogą być nie tylko osoby, ale również różny stan psychiczny jednej osoby, na przykład „Ja

przyszłe”, „Ja o wadze, jaką chciałabym mieć”, „Ja podczas leczenia” itp. Fransella i Button (1983) przeprowadzili za pomocą tej metody badanie 20 pacjentek z jadłowstrętem psychicznym. Analiza czynnikowa elementów ujawniła trzy komponenty: „Ja obecnie”, „Ja daleka od ideału” oraz „Ja szczupła”. Kiedy Button zanalizował czynnik „Ja szczupła”, zauważył, że dotyczy on negatywnych konsekwencji przyrostu wagi, na przykład postrzegania siebie jako osoby mniej widocznej (*conspicuous*). Fransella i Button (1983), podsumowując wyniki badania, stwierdzają, że to, jak chorzy postrzegają siebie w stosunku do choroby, ma znaczenie prognostyczne, gdyż im większe jest znaczenie Ja w stosunku do choroby, tym gorsze jest rokowanie. W związku z tym autorzy sugerują, że w ramach terapii ważne byłoby pokazanie osobie z jadłowstrętem psychicznym, jak być niewidoczną bez utraty wagi ciała (zob. też: Starzomska, Smulczyk, 2011). Butow, Beumont i Touyz (1993), stosując tę samą metodę, postanowili zweryfikować hipotezę, według której osoby z zaburzeniami odżywiania, a zwłaszcza z jadłowstrętem psychicznym, myślą i funkcjonują wyłącznie w kategoriach jedzenia. Autorzy postanowili zastosować w badaniach osób z zaburzeniami odżywiania siatkę repertuarową i przebadali tą metodą cztery grupy: pacjentów z jadłowstrętem psychicznym ($N = 53$) i z żarłocznością psychiczną ($N = 48$), osób zdrowych psychicznie ograniczających jedzenie ($N = 65$) i osób zdrowych psychicznie, które nie ograniczały jedzenia ($N = 68$). Uzyskane wyniki potwierdziły poznawczy model zaburzeń odżywiania, a mianowicie ujawniły, że badani z jadłowstrętem psychicznym mieli tendencję do oceniania siebie prawie wyłącznie w terminach samokontroli. Inaczej niż w przypadku osób z żarłocznością psychiczną, występująca u nich tendencja do myślenia wyłącznie w kategoriach jedzenia wpływała na wszystkie obszary ich funkcjonowania. Autorzy sformułowali wniosek, że psychopatologia w grupie anorektycznej wydaje się być bardziej nasilona niż w grupie bulimicznej. Warto dodać, że w ramach analiz statystycznych, mających na celu określenie wypracowywania znaczenia przez osoby z zaburzeniami odżywiania, często stosuje się skalowanie wielowymiarowe (np. Viken, Treat, Nosofsky, McFall, Palmeri, 2002). Warto dodać, że Strauman, Vookles, Berenstein, Chaiken i Higgins (1991) w swoim artykule, poświęconym wyjaśnieniu zaburzeń odżywiania w kontekście teorii rozbieżności Ja (*self-discrepancy theory*; Higgins, 1987; zob. też: Brytek-Matera, 2011), przywołali tekst Franselli i Buttona (1983), zaznaczając, że autorów tych należy zaliczyć do nielicznego grona badaczy, którzy badali dostępność specyficznych konstruktów u osób z zaburzeniami odżywiania. Wspomniani Strauman i in. (1991) piszą:

Obecność jednego lub większej liczby chronicznie dostępnych konstruktów związanych z wyglądem lub kształtem ciała (...) stanowi czynnik prognostyczny dla

niezadowolenia z ciała i tendencji do zaangażowania się w takie zachowania, jak dieta. Bardzo trudno byłoby zaprzeczyć temu, że jednostki zatroskane o kształt ciała lub z diagnozą zaburzeń odżywiania posiadają pewien chronicznie dostępny standard dla wyglądu, kształtu i wagi ciała (s. 953–954).

Według autorów można traktować „szczupłość lub atrakcyjność jako chronicznie dostępne ukierunkowania Ja” (*self guides*; Strauman i in., 1991, s. 954). Warto nadmienić, że Higgins (1987) traktuje termin *ukierunkowania Ja* jako synonim pojęcia *chronicznie dostępne konstrukty*. Strauman i in. (1991) po przebadaniu 91 studentów (64 kobiet i 27 mężczyzn, drugie badanie) za pomocą następujących narzędzi: *Selves Questionnaire* (Higgins, Bond, Klein, Strauman, 1986), *The Body Shape Questionnaire* (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper, Fairburn, 1987) oraz *Eating Attitudes Test* (EAT; Garner, Garfinkel, 1979) odkryli, zgodnie z teorią rozbieżności Ja Higginsa (1987), znaczenie rozbieżności „Ja aktualne” – „Ja idealne” dla powstawania żarłoczności psychicznej i rozbieżności „Ja aktualne” – „Ja powinnościowe” dla powstawania jadłowstrętu psychicznego, co doprowadziło ich do wniosku, że rozbieżności Ja wpływają na niezadowolenie z ciała, a co za tym idzie, na rozwinięcie przez jednostkę zaburzenia odżywiania (zob. też: Jung, Lennon, Rudd, 2001).

– Intruzywność treści związanych z zaburzeniami odżywiania w niezwiązanych z tymi zaburzeniami lub niejednoznacznymi sytuacjach

Osoby z zaburzeniami odżywiania mają tendencję do interpretowania różnych sytuacji niezwiązanych z jedzeniem czy wagą ciała pod kątem przemyśleń na ten temat oraz wyciągania wniosków na temat jedzenia i wagi na podstawie niepełnych lub niejednoznacznymi informacji. *The Body Shape Questionnaire* (BSQ; Cooper i in., 1987) służy do badania fenomenologicznych doświadczeń „bycia grubym” i zawiera serię pozycji dotyczących projekcji trosk związanych z otyłością w różnego rodzaju sytuacjach (np. dyskomfort w towarzystwie szczupłych kobiet, unikanie biegania, pływania czy sytuacji społecznych, które wywołują lęki, że „otyłość” stanie się widoczna itp.).

– Różne struktury wiedzy

Niewątpliwie osoby otyłe oraz osoby z jadłowstrętem psychicznym i żarłocznością psychiczną, które cechują związane z wagą schematy Ja, posiadają bardziej precyzyjne niż osoby zdrowe informacje dotyczące wagi ciała, jedzenia oraz innych czynników bądź aktywności, które ułatwiają lub utrudniają regulację wagi (zob. też: Markus i in., 1987). Markus i in. (1987) skoncentrowali się na koncepcji Ja opartej na wadze ciała (*body weight self-schema*; zob. też: Corte, Stein, 2005). U podłoża

ich badań leżało przekonanie, że niemal wszyscy ludzie mają co najmniej prostą strukturę myśli i odczuć o własnych ciałach, a ciało jest jednym z tych aspektów Ja, które są poddane publicznej obserwacji i komentarzom. Niestety, nawet wtedy, gdy jednostka nie przywiązuje do niego wagi, czynią to inne osoby z jej otoczenia, na przykład sprzedawca ubrania, który mówi „ten rozmiar żakietu wydaje się za mały, proszę spróbować większy” (Corte, Stein, 2005, s. 51). Ludzie różnią się pod względem struktur wiedzy w tej sferze, a na najbardziej ogólnym poziomie można podzielić ich na tych, którzy są mniej lub bardziej nią zainteresowani. Pierwszych autorzy nazywają aschematykami, gdyż posiadają oni jedynie podstawowe, uniwersalne schematy ciała, zaś drugich – schematykami, ponieważ cechują ich wyjątkowe schematy ciała. Według autorów, schematycy prawdopodobnie oceniają bodźce pod względem ich znaczenia dla ich wagi ciała i, co za tym idzie, rozwijają zróżnicowane struktury wiedzy w tym obszarze. Ich waga ciała ma dla nich duże znaczenie i oceniają oni szeroką rangę bodźców poprzez nawiązywanie do niej. Schematyków prawdopodobnie charakteryzuje wiele niezależnych reprezentacji wagi ciała, tworzących zintegrowaną strukturę wiedzy, która jest aktywowana automatycznie, kiedy jednostka zwraca uwagę na ten aspekt swojego Ja. Z kolei aschematycy nie oceniają bodźców ze względu na ich znaczenie dla wagi ciała i bez względu na to, ile ważą, czy są otyli, czy mają wagę w normie, czy też są bardzo szczupli, nie uważają jej za coś ważnego i nie koncentrują się na tym aspekcie Ja. W wyniku ich relatywnej obojętności na wagę ciała jako składnik organizujący Ja, radzą sobie z informacją potencjalnie istotną dla wagi ciała zupełnie inaczej niż schematycy, na przykład mogą ją ignorować, przetwarzać ją bez analizowania jej ze względu na treść dotyczącą Ja (*self-content*), czy organizować ją zgodnie z własną strukturą Ja. Z tego względu, że aschematycy nie posiadają zintegrowanej struktury wiedzy dotyczącej wagi ciała, nie przetwarzają odmiennie (w stosunku do innego materiału) bodźców istotnych dla wagi ciała. Markus i in. (1987) przeprowadzili badania w celu eksploracji uniwersalnej natury schematów wagi ciała i ich poznawczych konsekwencji oraz wpływu, jaki może mieć wyjątkowa struktura wiedzy dotyczącej wagi ciała na selektywne przetwarzanie informacji. W tym celu przebadali oni 150 studentów (mężczyzn i kobiety). Na początku badani oceniali siebie na 8-punktowych semantycznych skalach, na przykład na skali o krańcach: *kreatywny – mało kreatywny* czy o krańcach: *o zbyt małej wadze – o zbyt dużej wadze* itp. W ten sposób badacze chcieli zidentyfikować tak zwanych schematyków (osoby, dla których waga ciała jest istotna dla ich koncepcji Ja) i aschematyków (osoby, dla których waga ciała nie jest istotna dla ich koncepcji Ja). W wyniku tej analizy badanych podzielono na cztery grupy: schematyków z nadwagą, schematyków otyłych, aschematyków z wagą w normie oraz aschematyków z nadwagą.

Pierwsze badanie polegało na ocenie przez osoby badane 55 przymiotników: 14 odnoszących się do osób szczupłych (7 nacechowanych negatywnie, 7 nacechowanych pozytywnie), 14 odnoszących się do osób otyłych (także 7 nacechowanych negatywnie, 7 nacechowanych pozytywnie) oraz 27 przymiotników odnoszących się do różnych aspektów fizycznego wyglądu, na przykład takich, jak: „opalony”, „wysoki” itp. Badane osoby umieszczano w odrębnych pokojach i proszono je o reakcję na ukazujące się i znikające szybko (prezentacja trwała maksymalnie 2 sekundy i tyle czasu badany miał na odpowiedź) słowa poprzez przyciśnięcie klawiszy z określeniami: „ja” lub „nie-ja” na komputerze. Drugie badanie polegało na ocenie przez osoby badane w podobny do tego z pierwszego zadania sposób: 27 wyświetlanych slajdów sylwetek (8 należących do osób z nadwagą, 8 – do osób szczupłych i 11 – do osób o przeciętnej wadze ciała). Prezentacja trwała 3 sekundy, a badany miał maksymalnie 6 sekund na odpowiedź. Trzecie badanie polegało na ocenie przez osoby badane slajdów z pokarmem (tym razem osoby zaznaczyć miały klawisz z określeniem „ja”, gdy preferują to jedzenie, a klawisz z określeniem „nie-ja” – gdy jest przeciwnie). W tym przypadku prezentacja trwała 4 sekundy, a badany miał maksymalnie 7 sekund na odpowiedź. Wyniki pierwszego badania ujawniły, że schematycy (zarówno otyli, jak i ci z nadwagą) częściej niż aschematycy określali jako ich opisujące (odpowiedź „ja”) przymiotniki odnoszące się do nadwagi, a rzadziej – przymiotniki odnoszące się do szczupłości, natomiast częściej te ostatnie określali jako nieopisujące ich (odpowiedź „nie-ja”). Drugie badanie ujawniło podobne zależności, a mianowicie schematycy (zarówno otyli, jak i ci z nadwagą) częściej niż aschematycy określali jako ich charakteryzujące obrazki z otyłymi (i czasami przeciętnymi) sylwetkami oraz rzadziej w porównaniu z aschematykami wskazywali na obrazki ze szczupłymi sylwetkami jako na ich opisujące. Trzecie badanie wykazało, że badani z obu grup schematyków wolniej niż aschematycy charakteryzowali jako ich określające (odpowiedź „ja”) obrazki ilustrujące jedzenie. Być może taki wynik był konsekwencją tego, że pokarm nie jest bezpośrednio związany z wagą ciała, a aktywacja schematu dotyczącego wagi ciała, może zakłócać reakcję na bodźce związane z pokarmem.

Podsumowując, badania Markus i in. (1987) wykazały, że osoby otyłe, które uważały otyłość za ważną część ich definicji Ja (osoby posiadające schematy otyłości, czyli osoby schematyczne) w porównaniu z osobami nie posiadającymi schematów w tym zakresie (czyli osobami aschematycznymi), częściej oceniały przymiotniki określające wysoką wagę jako opisujące je, a także częściej oceniały sylwetki otyłe jako odnoszące się do ich samooceny (czyli autodeskryptywne), a ponadto szybciej dokonywały ocen przymiotników je opisujących i wolniej dokonywały ocen przymiotników ich nie opisujących. Uzyskane przez Markus i in. wyniki wskazują na uniwersalną

naturę schematów związanych z wagą ciała, a mianowicie wysoce prawdopodobne jest, że każdy posiada przynajmniej prostą strukturę myśli i odczuć dotyczących jego ciała. Wszyscy badani przejawiali duże różnice pod względem czasu przetwarzania przymiotników opisujących otyłość i szczupłość, a mianowicie reagowali szybciej na te określenia, które były zgodne z ich obrazem ciała niż na te, które nie były z nim zgodne. Niemniej jednak, jedynie w odniesieniu do osób z grupy schematyków, które miały wyjątkowe schematy wagi ciała (tzn. jednostki, które myślały, że mają nadwagę i które myślały, że ich waga ciała jest istotna dla ich oceny samych siebie), można mówić o istotnych różnicach w szybkości ich odpowiedzi na prezentację różnych sylwetek ciała. Co ciekawe, podstawą odpowiedzi schematyków nie była ich rzeczywista waga ciała. Dowodem na to jest ważne odkrycie – obiektywnie bardzo różniący się od siebie pod względem wagi schematycy otyli (ponad 50% nadwagi) i schematycy z nadwagą (ponad 20% nadwagi) nie różnili się od siebie pod względem oceny (w sensie odniesienia do „ja” lub „nie-ja”) prezentowanych przymiotników i obrazków. Autorzy tłumaczą ten wynik w ten sposób, że być może po schudnięciu osoby wcześniej otyłe czują się nadal grube, pomimo tego, że mają tylko nadwagę. W świetle badań Markus i in. (1987), aschematycy nie posiadają silnie rozwiniętej struktury wiedzy dotyczącej wagi ciała i nie zwracają szczególnej uwagi na swój obraz ciała, a jeśli muszą to czynić, to jedynie w minimalnym, wymaganym przez kulturę, w której żyją, stopniu. Wyniki badań Markus i in. (1987) potwierdzają założenie autorów, że „krytycznym czynnikiem odróżniającym jednostki pod względem tego, jak one przetwarzają informacje o wadze, nie jest ich rzeczywista waga ciała, lecz sposób, w jaki one myślą o ich wadze” (s. 53).

Z kolei głównym celem badań Stein i Corte (2007) było zbadanie zjawiska uszkodzonej tożsamości (*identity impairment*) u kobiet z zaburzeniami odżywiania w oparciu o poznawczy model koncepcji Ja i scharakteryzowanie strukturalnych własności koncepcji Ja, które odpowiadają za ich dysfunkcjonalne postawy i zachowania w obszarze jedzenia i wagi. Idea, że zaburzenia odżywiania wynikają z uszkodzenia tożsamości, jest głęboko zakorzeniona w literaturze przedmiotu. Już Bruch (1982) zauważyła że jadłowstręt psychiczny jest konsekwencją nieprawidłowości w ogólnym rozwoju tożsamości i niepowodzenia w definiowaniu Ja. Wysoce kontrolujący i perfekcjonistyczni rodzice ograniczają możliwości autonomicznego funkcjonowania dziecka oraz ingerują w rozwinięcie przez nie jasno określonego i wypracowanego poczucia Ja. Według badaczki adolescent poszukując alternatywnego wobec obecnego, osłabionego (*impoverished*) Ja (zob. też: Stein, Corte, 2003, 2007), zwraca się do wagi ciała jako do wyrazistego, możliwego do kontrolowania i widocznego, kulturowo cenionego obszaru (Stein, Corte, 2003, 2007). Poszukuje jedyne możliwego w tej sytuacji źródła definicji Ja, aby skompensować brak jasno

określonej tożsamości i związane z nim poczucie bezsilności (zob. też: Stein, Corte, 2003, 2007). Niezadowolenie z własnego ciała oraz zaangażowanie w tematy dotyczące jego obrazu, które są charakterystyczne dla osób z zaburzeniami odżywiania, stanowią dezadaptacyjne poszukiwanie „respektowanej przez nie tożsamości” (Bruch, 1979, s. 255). Inni autorzy (np. Strober, 1991) także traktują niepowodzenie w rozwinięciu różnorodnego i stabilnego układu tożsamości jako zjawisko fundamentalne dla powstawania zaburzeń odżywiania. Niestety wiele przeprowadzonych dotychczas badań w tym obszarze nie opierało się na teoretycznym modelu Ja i nie zawierały one przejrzystych definicji konstruktów dotyczących Ja, które umożliwiłyby ich operacjonalizację i pomiar. Chociaż takie pojęcia, jak *Ja*, *koncepcja Ja* oraz *tożsamość* pojawiają się w tych teoriach, jednak nie wyjaśniono, co dokładnie oznaczają, zatem także dokładna natura zaburzeń Ja w zaburzeniach odżywiania nie jest jasna. Te teorie *implicite* wskazują, że chorzy posiadają niewiele pozytywnych, dobrze rozwiniętych i stabilnych reprezentacji Ja i wypracowują układ negatywnych tożsamości jako funkcję ogromnego znaczenia, jakie ma dla nich oceniająca ich informacja zwrotna ze środowiska. Niestety, specyficzna natura koncepcji Ja oraz uszkodzeń tożsamości, która charakteryzuje te choroby, według wiedzy Stein i Corte (2007), nie była dotychczas systematycznie badana. Badaczki zastosowały autorski poznawczy model koncepcji Ja jako podstawę do zoperacjonalizowania uszkodzeń w rozwoju tożsamości u pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Tożsamość została tutaj określona jako globalny konstrukt, który nawiązuje zarówno do procesu budowania definicji Ja, jak również do konsekwencji tego procesu, włączając w to wiedzę o związanych z Ja indywidualnych atrybutach i rolach społecznych. W tym modelu koncepcja Ja jest wąsko definiowana jako głęboko ukryta struktura poznawczo-afektywna, która jest wynikiem procesu rozwoju tożsamości i raz wypracowana w pamięci, daje poczucie pewności siebie, stabilności i kontynuacji w czasie. Według autorek osoba z koncepcją Ja zawierającą zbiór/zestaw (*collection*) mocno ze sobą związanych niewielu pozytywnych i wielu negatywnych schematów Ja, będzie traciła różnorodność zainteresowań i strategii, gdyż będzie unikać zaangażowania się w inne, poza na przykład wagą ciała, dziedziny oraz zanikał będzie u niej pozytywny afekt konieczny do uruchomienia aktywnego i sensownego zachowania skierowanego na cel w wielu różnorodnych obszarach. Jednocześnie wystąpi u niej unikanie behawioralne i zahamowanie wynikające z negatywnych poglądów na temat siebie. Te własności strukturalne Ja mogą odpowiadać za poznawczą wrażliwość, która z kolei powoduje koncentrację na wadze ciała jako zasadniczym źródle definicji Ja (zob. też: Stein, 1996; Stein, Corte, 2003; Stein, Nyquist, 1998). Stein i Corte (2007), podobnie jak Markus i in. (1987; zob. też: Kendzierski, Whitaker, 1997) koncentrowały się na koncepcji Ja dotyczącej wagi

ciała jako na opartej na semantyce strukturze. Według pierwszej hipotezy autorek, kobiety z jadłowstrętem psychicznym i z żarłocznością psychiczną będą cechowały schematy Ja dotyczące otyłości dostępne w pamięci (badaczki, podobnie jak Markus i in. [1987], weryfikowały tę hipotezę, wykorzystując takie wskaźniki przetwarzania informacji jak ocena przymiotników i latencje odpowiedzi). Ponadto autorki postawiły drugą hipotezę, według której koncepcja Ja obejmująca niewiele pozytywnych schematów Ja, wiele negatywnych schematów Ja i silną wzajemną zależność między nimi, będzie czynnikiem prognostycznym dla dostępności schematów Ja dotyczących otyłości w pamięci, co z kolei będzie stanowiło czynnik predykcyjny dla postaw i zachowań związanych z zaburzeniami odżywiania (badaczki weryfikowały tę hipotezę, sumując liczby poszczególnych typów schematów i badały powiązanie między nimi, ich dostępność w pamięci oraz ich związek z nieprawidłowymi zachowaniami związanymi z jedzeniem oraz z symptomatologią zaburzeń odżywiania). Przebadano 26 kobiet z jadłowstrętem psychicznym, 53 kobiety z żarłocznością psychiczną i 32 kobiety bez historii zdiagnozowanych zaburzeń rozwojowych, które tworzyły grupę kontrolną. W celu zbadania schematów Ja użyto kwestionariusza z otwartymi pytaniami i zastosowano metodologię, którą Markus (1977) rozwinęła w celu rozpoznawania schematów Ja. Uczestnicy otrzymali 52 czyste kartki oznaczone literami alfabetu od A do Z i proszeni byli o napisanie na nich atrybutów, które uważają za ważne dla tego, kim są, przy czym badanych proszono o napisanie każdego atrybutu na odrębnej kartce i o użycie takiej liczby kartek, aby opisać siebie w sposób wyczerpujący. Następnie badanych proszono o oszacowanie na jedenastostopniowej skali, w jakim stopniu dana cecha ich opisuje, a następnie ich zadaniem była ocena także na jedenastostopniowej skali znaczenia atrybutu dla tego, jak dana osoba siebie spostrzega. W następnej kolejności badanych proszono o ocenę każdego atrybutu poprzez określenie tego, czy dla danej osoby jest on pozytywny, negatywny czy neutralny. Podobnie jak w innych badaniach stosujących tę metodologię, atrybuty, które były oceniane jako wysoce deskryptywne dla Ja i wysoce ważne dla spostrzegania siebie (zakres 8–11 punktów kolejno na skalach autodeskryptywności i znaczenia), klasyfikowano jako schematy Ja (Stein, Nyquist [1998]; w celu określenia schematów Ja stosowały, poza metodologią Markus [1977], technikę sortowania kart z Wisconsin). Liczbę pozytywnych, negatywnych i neutralnych schematów Ja określano poprzez zsumowanie atrybutów opisujących Ja, które spełniały warunki konieczne do uznania ich za schematy Ja. Dostępność schematów Ja dotyczących otyłości w pamięci uczestników badano, prosząc ich o ocenę przymiotników pod względem tego, czy opisują ich (odpowiedź „ja”), czy też nie są one dla nich deskryptywne (odpowiedź „nie-ja”; zob. też: Markus, 1977). Bodźcami były 63 związane z wyglądem przymiotniki użyte wcześniej przez Mar-

kus i in. (1987) w celu zbadania schematów Ja dotyczących wagi. Jedną ze skal (tzw. skala otyłości, *fat scale*) składała się z 10 przymiotników nawiązujących do wyglądu osób o wysokiej wadze ciała („puszysty”, „pucułowaty”, „postawny”, „pulchny”, „z nadwagą”, „przysadzisty”, „otyły”, „tęgi”, „gruby”, „przy kości”), natomiast skala kontrolna składała się z 10 innych, nieskorelowanych ze skalą otyłości przymiotników („umięśniony”, „młodzieńczy”, „niski”, „jasnowłosy”, „piegowaty”, „niebieskooki”, „brązowooki”, „o włosach blond”, „o pałkowatych nogach”, „zgarbiony”). Badani, którym nie udało się ocenić w wyznaczonym czasie przynajmniej 7 z 20 słów ze skali otyłości i przynajmniej 7 z 10 słów kontrolnych, nie byli brani pod uwagę w dalszych analizach. Dla każdego badanego obliczano oddzielnie wyniki dotyczące określania przymiotników z tych dwóch skal jako deskryptywnych bądź niedeskryptywnych dla niego oraz latencję odpowiedzi. Badani wypełniali także *Eating Disorder Inventory 2* (EDI-2; Garner, 1991), a ponadto kontrolowano zachowania związane z zaburzeniami odżywiania (ograniczanie tłuszczu/kalorii, dieta, nadmierne ćwiczenia – praktykowane częściej niż raz dziennie, przejadanie się, wymiotowanie, nadużywanie środków przeczyszczających i diuretyków oraz tabletek odchudzających). W celu weryfikacji pierwszej hipotezy przeprowadzono analizę wariancji i kowariancji, aby sprawdzić, czy osoby z zaburzeniami odżywiania różnią się od osób z grupy kontrolnej pod względem strukturalnych własności koncepcji Ja w pamięci. Z kolei w celu weryfikacji drugiej hipotezy przeprowadzono analizę ścieżkową. Wyniki analizy wariancji i kowariancji potwierdziły przypuszczenia autorek, że uszkodzenia w tożsamości u osób z zaburzeniami odżywiania są związane z symptomatologią tych zaburzeń. Wykazano, że kobiety z jadłowstrętem psychicznym i żarłocznością psychiczną posiadają mniej pozytywnych i więcej negatywnych schematów Ja niż osoby z grupy kontrolnej, a ponadto odkryto, że kobiety z żarłocznością psychiczną cechuje obecność schematu Ja dotyczącego otyłości w pamięci. Wyniki analizy ścieżkowej potwierdziły hipotetyczny model dotyczący uszkodzenia tożsamości u osób z zaburzeniami odżywiania, według którego własności koncepcji Ja (schematy Ja, ich charakter i wzajemne powiązanie) są ważnym czynnikiem prognostycznym dla postaw (np. dążenia do szczupłości) i zachowań charakteryzujących zaburzenia odżywiania, przy czym mediatorem (czynnikiem pośredniczącym) w tej relacji jest dostępność schematów Ja dotyczących otyłości (zob. też: Stein, Nyquist, 1998). Bardzo ciekawe wyniki dotyczące wpływu schematów Ja opartych na wadze ciała na zachowanie uzyskały Corte i Stein (2005). Przebadaly one 79 kobiet ze zdiagnozowanymi zaburzeniami odżywiania, w tym 26 osób z jadłowstrętem psychicznym i 53 osób z żarłocznością psychiczną. Zastosowano metodologię próbki doświadczeń (*experience-sampling methodology*; Hormuth, 1986), aby zidentyfikować aktualnie aktywowany schemat

Ja u badanych oraz oszacować ich samoocenę, afekt i zachowanie. Uczestników proszono o noszenie przez 5 dni pagera, który nadawał sygnał dźwiękowy 5 razy dziennie (mniej więcej co 3 godziny, razem było to 25 alarmów). Ponadto proszono ich o noszenie z sobą małego notatnika w formie dziennika. Zadaniem badanych podczas alarmu było uzupełnienie jednej strony dziennika zawierającego kwestionariusz, który obejmował pytania: (1) co myślisz o sobie?, (2) jak się czujesz? (samoocena i uczucia), (3) co robisz? (zachowanie w chwili alarmu). Odpowiedzi były kodowane według tematyki, na przykład „zdrowie”, „praca i aktywności”, „cechy psychologiczne”, „wygląd”, „relacje społeczne”, „zaburzenie odżywiania”, „ćwiczenia”, „waga i kształt ciała”. Zastosowana przez autorki metoda pozwalała na określenie, jakie schematy Ja są aktywowane najczęściej u badanego. Zastosowano także *The Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (Spitzer, Williams, Gibbon, First, 1992), *Skalę samooceny* Rosenberga (1965) oraz *The Self-Report Affect Circumplex Scale* (Larsen, Diener, 1992). Na początku badania chorzy uzupełniali kwestionariusze, a następnie badacze informowali ich o procedurze próbek doświadczeń, zaopatrując ich w pager i dziennik. Analiza zgromadzonych danych ujawniła, że aktywacja schematu Ja opartego na wadze ciała wiąże się z niską samooceną i wyższym poziomem negatywnego afektu, lecz nie z wyższymi poziomami zaburzonego zachowania w obszarze jedzenia. Autorki podkreśliły jednocześnie, że niska samoocena i negatywny afekt mogą prowadzić do takich zachowań. Być może te zmienne pełnią rolę mediatorów między aktywacją koncepcji Ja opartej na wadze a zaburzeniami odżywiania. Z tych wniosków wynikają ważne implikacje terapeutyczne, a mianowicie terapia osób z zaburzeniami odżywiania powinna koncentrować się na rozwinięciu nowej definicji Ja i nowych pozytywnych schematów Ja, co podwyższyłoby ich samoocenę, a potrzeba ucieczki od stresu poprzez nieprawidłowe jedzenie zostałaby zredukowana. Autorki wysunęły wniosek, że zasadniczym celem terapii osób z zaburzeniami odżywiania powinna być zmiana koncepcji Ja opartej na wadze. Podobnie Stein i Corte (2007) stwierdziły, że rozwinięcie nowych pozytywnych Ja może być ważnym czynnikiem decydującym o zdrowieniu chorych z zaburzeniami odżywiania. Warto dodać w tym miejscu, że celem psychoterapii, którą Stein i Corte (2003) nazwały Programem Oddziaływań na Tożsamość (Identity Intervention Program – IIP), jest wspieranie rozwoju nowych pozytywnych schematów Ja w celu zminimalizowania objawów zaburzeń odżywiania. Autorki wyraziły nadzieję, że takie oddziaływania systematycznie zwiększą u osób z zaburzeniami odżywiania liczbę pozytywnych schematów Ja w obszarach niezwiązanych z wagą ciała, co przyczyni się do wyraźniejszego i bardziej stabilnego poczucia Ja, lepiej rozwiniętego kontekstu dla przetwarzania odnoszących się do Ja bodźców oraz większego i bardziej urozmaiconego zbioru zainteresowań, zobowiązań, planów

i strategii, motywujących do zachowania ukierunkowanego na osiągnięcie celu. U podstaw tego podejścia leży założenie, że schemat Ja oparty na dużej wadze ciała (*fat body weight self-schema*) powoduje niezadowolenie z ciała i zaburzenia odżywiania.

– Pamięć w zakresie informacji zgodnych ze schematami (*schema-consistent information*)

Osoby z zaburzeniami odżywiania przejawiają selektywną pamięć dla informacji, które podtrzymują ich błędy poznawcze w zakresie oceny wagi. Kliniczne obserwacje potwierdzają, że osoby te lepiej pamiętają komentarze dotyczące ich zaokrąglonych kształtów przed początkiem choroby i komentarze akcentujące ich szczupłość po rozpoczęciu się choroby, niż te komentarze, które nie potwierdzały kolejno otyłości i szczupłości (np. Phelan, 1987).

– Przypominanie sobie zdarzeń zgodnych ze schematami, tzw. dowodów behawioralnych

Osoby z zaburzeniami odżywiania wydają się gromadzić te przykłady zdarzeń z ich życia, które potwierdzają ich schematy Ja, na przykład po rozpoznaniu związków między różnymi bodźcami i troskami o wagę, gromadzą przykłady takich związków z przeszłości (zob. też: Hammen, Marks, Mayol, deMayo, 1985).

– Wiara w osądy i przewidywania związane z zaburzeniami odżywiania

Osoby z zaburzeniami odżywiania wypowiadają z większą pewnością zdania na temat ich aktualnych trosk i przyszłych zachowań w obszarze schematów Ja związanych z wagą w przeciwieństwie do zdań dotyczących innych dziedzin.

– Odnoszenie informacji do Ja

Osoby z zaburzeniami odżywiania uważają swoje przekonania na temat odpowiedniej wagi ciała za bardziej dotyczące ich niż innych ludzi. Większość osób z jadłowstrętem psychicznym nie uważa, że inni ludzie powinni być tak szczupli jak one, z kolei większość osób z żarłocznością psychiczną przyznaje, że „zakazane” dla nich pokarmy, mogą być spożywane przez innych ludzi.

– Poznawcze i afektywne zaangażowanie

Osoby z zaburzeniami odżywiania przywiązują większe znaczenie do obszarów związanych z wagą, to znaczy bardziej cieszą się z sukcesów (np. utrata wagi) i bardziej martwią się porażkami (np. przyrost wagi) w tej sferze życia w porównaniu ze zdrowymi osobami (np. Bemis, 1986).

– **Opór wobec informacji niezgodnych ze schematami (*counter-schematic information*)**

Osoby z zaburzeniami odżywiania są odporne wobec informacji, które stoją w sprzeczności z ich kluczowymi schematami (np. informacji zwrotnych dotyczących ich wyglądu, zagrażających życiu konsekwencji diet czy nadużywania środków przeczyszczających), co sprawia, że ich leczenie jest dużym wyzwaniem dla terapeutów (np. Johnson, 2003; Siwiak-Kobayashi, Sala, 2003), a zachowanie pacjentów jest dla tych ostatnich nierzadko bardzo frustrujące.

Warto dodać za Vitousek i Hollonem (1990), że w miarę trwania choroby schematy występujące u osób z zaburzeniami odżywiania w coraz większym stopniu oddziałują na ich zachowanie, które staje się coraz bardziej stereotypowe. Zmianę uniemożliwiają między innymi: konsekwencje wyniszczenia, różnorodne nawyki, zwłaszcza związane z przyjmowaniem pokarmów, lęk przed zmianą i znaczenie niskiej wagi ciała dla samooceny. Te oraz wiele innych czynników utrzymują błędne koło zaburzenia odżywiania (zob. też: Jones i in., 2007). Nie bez znaczenia są tutaj: prostota schematów oraz pewność chorych, że odpowiadają one rzeczywistości.

Warto wspomnieć w tym miejscu, że Luck, Waller, Meyer, Ussher i Lacey (2005) podkreślają, iż nie tyle schematy, co procesy schematyczne odgrywają dużą rolę w zaburzeniach odżywiania. Autorzy weryfikowali autorski, oparty na schematach, poznawczo-behawioralny model zaburzeń odżywiania. Model ten zakłada, że chorzy cierpiący na zaburzenia restrykcyjne (jadłowstręt psychiczny – postać ograniczająca) i bulimiczne (żarłoczność psychiczna i jadłowstręt psychiczny – postać z napadami objadania się/przeczyszczaniem) będą różnić się od siebie pod względem sposobu przetwarzania schematów. Young (1999; zob. też: Young, Klosko, Weishaar, 2003) wyróżnił trzy style radzenia sobie ze schematami: poddanie się schematowi (*surrender*; jednostka myśli lub działa w zgodzie ze schematem), unikanie (*avoidance*; zamierzone lub nieświadome unikanie przetwarzania zagrażającej informacji poprzez poznawcze, emocjonalne, behawioralne lub somatyczne środki, osoba unika sytuacji mogących uaktywnić schemat) oraz kompensację (*compensation*; jednostka myśli lub postępuje przeciwnie do tego, co sugeruje schemat, aby uniknąć jego aktywacji; zob. też: Madej, 2010). Luck i in. (2005) postawili hipotezę, że osoby bulimiczne cechuje unikanie schematów, a osoby anorektyczne – ich kompensacja. W badaniu, w którym wzięło udział 134 pacjentów z zaburzeniami odżywiania i 345 zdrowych osób, zastosowano dwa narzędzia: *Young Compensatory Inventory* (Young, 1999) oraz *Young-Rygh Avoidance Inventory* (YRAI; Young, 1999), służące do identyfikacji strategii radzenia sobie ze schematami. Jego wyniki pokazały, że osoby z zaburzeniami odżywiania podejmują działania mające zapobiec aktywacji schematów (np. unikają

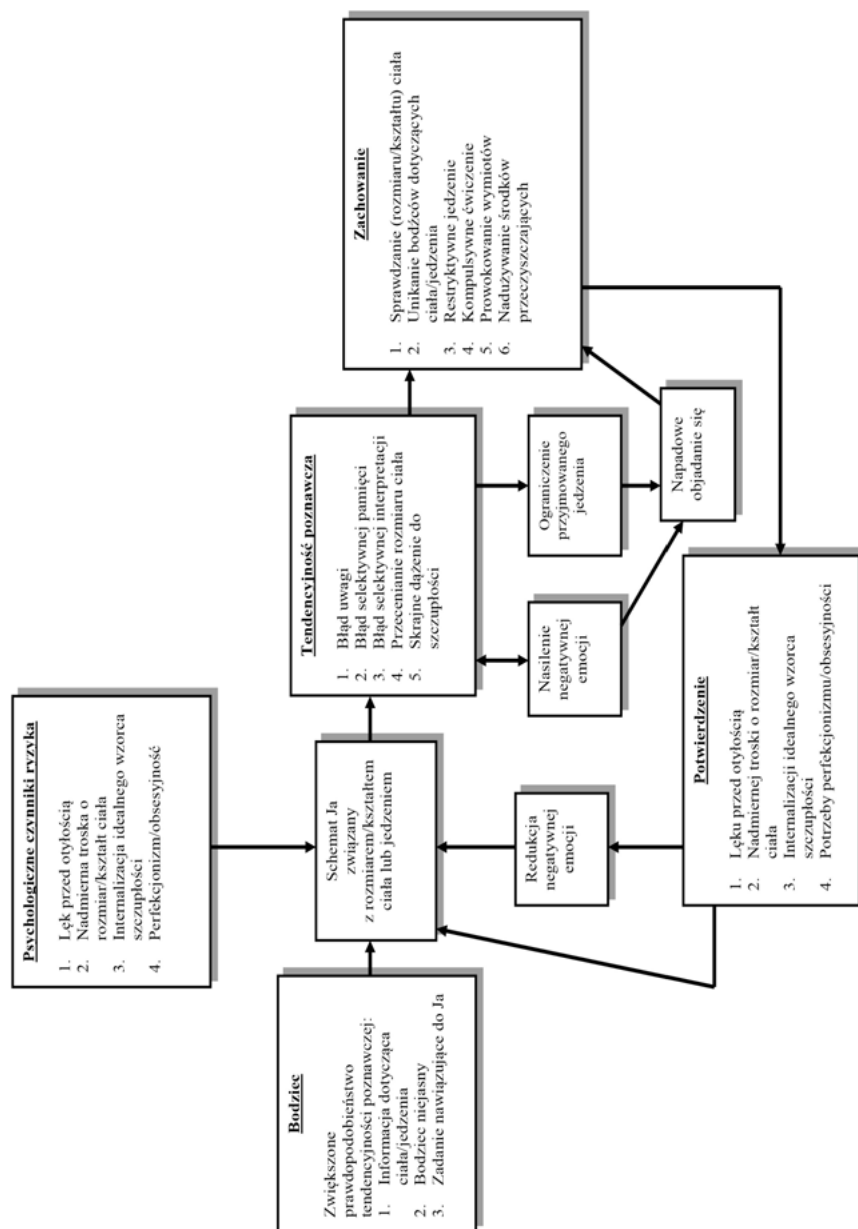
sytuacji mających je wyzwoić), przy czym takie zachowania w największym stopniu cechują osoby z jadłowstrętem psychicznym, u których występuje postać choroby z napadami objadania się/przeczyszczaniem (zob. też: Jones i in., 2007; Mountford, Waller, Watson, Scragg, 2004).

Model integrujący dotychczasowe teorie poznawczo-behawioralne zaburzeń odżywiania Williamsona i in. (2004). Williamson i in. (2004) zaproponowali model integrujący poznawcze i behawioralne teorie zaburzeń odżywiania, które powstały na przestrzeni ostatnich 40 lat. Ten model stanowi rozszerzenie modelu, który łączył perspektywy: Williamsona i in. (2002), Thompsona i in. (1999) oraz Vitousek i Hollona (1990). Prezentuje go rysunek 3. Autorzy modelu podkreślają, że jest on rezultatem syntezy wielu różnych teorii zaburzeń odżywiania i nie powinien być uważany za nową teorię. Mają natomiast nadzieję, że będzie on służył jako użyteczna heurystyka dla zrozumienia strategii służących do oceny i leczenia zaburzeń odżywiania oraz zapobiegania im. Centralnymi rysami tego modelu są: (1) cielesny schemat Ja, (2) błędy poznawcze, (3) napadowe objadanie się, (4) zachowanie kompensacyjne, (5) negatywne wzmocnienie kompensacyjnego zachowania przez redukcję negatywnej emocji i (6) psychologiczne czynniki ryzyka, czyli cechy osób podatnych na rozwinięcie zaburzeń odżywiania. Według opisywanego modelu czynniki takie, jak: lęk przed otyłością i obraz ciała są aspektami szerszych konstruktów, na przykład przecenianie rozmiaru ciała należy traktować jako błąd poznawczy, będący konsekwencją schematu Ja, który z kolei angażuje zasoby pamięci związane z rozmiarem/kształtem ciała i jedzeniem. Te zasoby są z łatwością aktywowane i są one łatwo dostępne w sytuacji przywoływania ich z pamięci. Schemat Ja cielesnego jest kluczowym pojęciem w prezentowanym modelu. Autorzy poznawczych teorii zaburzeń odżywiania (np. wspomniani Vitousek i Hollon, 1990) uważali, że nadmierna troska o rozmiar/kształt ciała może spowodować powstanie cielesnego schematu Ja, który jest z łatwością aktywowany przez bodźce zewnętrzne (np. ciasne ubranie) i wewnętrzne (np. odczucie pełnego brzucha; Williamson i in., 2002; Williamson i in., 2004). Jest to tzw. „przetwarzanie informacji w oparciu o schematy” („*schema-driven processing*”; Williamson i in., 2002, s. 42), a osoby tak przetwarzające informacje można określić jako „schematyków pod względem wyglądu” („*appearance schematic people*”; Williamson i in., 2002, s. 43; zob. też: np. Markus i in., 1987). Przypuszcza się, że schemat, który posiada dana osoba, ukierunkowuje jej uwagę na związane z ciałem i pokarmem bodźce i zniekształca interpretację istotnych dla Ja wydarzeń na korzyść interpretacji, którą można określić najprościej za pomocą stwierdzenia „jestem otyły/a” (Williamson i in., 2004; zob. też: Williamson i in., 2002), na przykład odczucie pełności w brzu-

chu może być interpretowane jako „odczucie otyłości”, a obiektywnie rzecz biorąc nieszkodliwe komentarze ze strony innych osób mogą być interpretowane jako negatywna ocena rozmiaru lub kształtu ciała (Williamson i in., 2004). W efekcie tych błędów poznawczych, a zwłaszcza selektywnej interpretacji (Williamson i in., 2002), jednostka dochodzi do wniosku opartego na „dowodzie”, a konkluzja jest jedna i nie podziela jej większość ludzi, ponieważ nie przetwarzają oni takich informacji w sposób zniekształcony (Williamson i in., 2004; zob. też: Williamson i in., 2002). Prezentowany model zakłada, że poznawcze błędy pojawiają się bez świadomości i że człowiek nie postrzega irracjonalności swoich myśli, gdyż traktuje je jako „realne”, zwłaszcza cielesny schemat Ja pacjenta z zaburzeniem odżywiania jest tak wszechogarniający i silny, że można go określić jako opartą na doświadczeniach, swoistą „rzeczywistość” (Williamson i in., 2004, s. 715; zob. też: Williamson i in., 2002). Warto dodać, że Williamson i in. (1999) określili ją jako „pozorną rzeczywistość” („*apparent reality*”, za: Williamson i in., 2004, s. 715).

Model Williamsona i in. (2004) zakłada ponadto, że pewne typy bodźców bardziej prawdopodobnie aktywują błędy poznawcze u osób z silnie rozwiniętymi schematami Ja cielesnego i są to: (1) informacje dotyczące ciała lub pokarmu, (2) bodźce niejednoznaczne, (3) sytuacje, szczególnie te dotyczące własnego ciała, jedzenia itp., których rozwiązanie wymaga autorefleksji. Z kolei czynniki psychologicznego ryzyka, determinujące rozwój cielesnego schematu Ja charakterystycznego dla osób z zaburzeniami odżywiania, to: (1) lęk przed otyłością, który może pogłębiać nadwaga w przeszłości lub wczesne dojrzewanie fizyczne, (2) nadmierna troska o rozmiar/kształt ciała, (3) internalizacja szczupłego ideału rozmiaru/kształtu ciała, (4) dysfunkcyjne postawy dotyczące wyglądu fizycznego oraz (5) skłonność do perfekcjonizmu/myśli obsesyjnych (Williamson i in., 2004; zob. też: Williamson i in., 2002). Według modelu Williamsona i in. (2004), negatywna emocja wchodzi w interakcję ze schematem Ja, zwiększając prawdopodobieństwo pewnych poznawczych błędów i zaburzeń obrazu ciała. Ponadto model ten zakłada, że aktywacja poznawczych błędów wywołuje również negatywną emocję. Zatem jest możliwe, że błędy poznawcze aktywują negatywną emocję oraz schemat Ja dotyczący rozmiaru/kształtu ciała lub jedzenia, co z kolei powoduje tendencyjność poznawczą. Ta pętla sprzężenia zwrotnego (*feedback loop*) może być doświadczana jako obsesja i/lub wszechogarniający lęk (Williamson i in., 2004; zob. też: Williamson i in., 2002). Stan chorego może się z czasem pogarszać, gdyż im częściej aktywowany jest określony schemat, tym bardziej jest on powiązany z zewnętrznymi lub wewnętrznymi czynnikami, takimi jak na przykład głód czy negatywna emocja, i tym bardziej zwarta jest sieć asocjacyjna dotycząca negatywnej informacji na temat ciała. Z kolei im więcej sygnałów (można je określić jako dane wejściowe) jest związanych ze

schematem, tym większe jest ryzyko, że będzie on aktywowany przez różnorodne bodźce związane z ciałem. Według teorii poznawczych, schematy są ze sobą wzajemnie powiązane, a zatem schemat Ja związany z ciałem będzie z większym prawdopodobieństwem aktywowany, kiedy osoba przymierza ubrania, niż gdy rozwiązuje test matematyczny na czas. Negatywny obraz ciała prawdopodobnie wywoła negatywne stany nastroju, takie jak lęk i depresja, a z kolei negatywny nastrój może aktywować cielesny schemat Ja, co spowoduje zaostrzenie zaburzeń obrazu ciała. To zjawisko, o którym już wspomniano w niniejszej pracy, określa się jako „efekt huraganu” (Williamson i in., 2002, s. 50). Polega on na tym, że im częściej aktywowana jest negatywna informacja dotycząca ciała, tym silniejsza jest sieć asocjacyjna dotycząca tej informacji. Jednostka rozwija zatem silnie zorganizowany schemat poznawczy dotyczący informacji związanej z ciałem i wagą. Posiadaniu tego schematu towarzyszy złe samopoczucie psychiczne. Negatywne emocje często opisywane przez chorych to: lęk, odczucie otyłości, depresja, poczucie zdyskredytowania ciała, złość, wstręt, odraza do samego siebie. Jednostka odczuwa negatywne emocje jako awersyjne doświadczenie, od którego musi uciec lub próbować go uniknąć. Obsesja dotycząca rozmiaru ciała, jedzenia itp. doprowadza do zaostrzenia stanu chorego w takim stopniu, że czuje on, iż musi uczynić coś, aby uciec od tych uczuć, które w jego mniemaniu będą „trwały zawsze” (Williamson i in., 2004, s. 715). Najtrafniejszą nazwą dla tej reakcji jest „nagłące pragnienie” („urge”; Williamson i in., 2004, s. 715), a nawet wewnętrzny przymus, aby uczynić coś, co zmieni aktualny stan emocjonalny lub pozwoli go uniknąć. Trudno jest przecenić intensywność tego stanu. Z perspektywy kogoś, komu nie jest obce to doświadczenie, nie istnieje żadna alternatywa dla takich zachowań, pomagających w ucieczce od nieprzyjemnego odczucia lęku i otyłości lub w unikaniu go, jak: sprawdzanie ciała (np. ważenie się, pomiar obwodu w talii, przeglądanie się w lustrze), unikanie bodźców związanych z ciałem/pokarmem, ograniczanie jedzenia, kompulsywne ćwiczenia fizyczne, prowokowanie wymiotów i nadużywanie środków przeczyszczających. Z kolei ich efektem jest redukcja negatywnej emocji, co jeszcze bardziej intensyfikuje te ucieczkowe i unikowe czynności i potwierdza konieczność zaangażowania się w nie. Według chorego, działania, które anulują negatywne doświadczenie emocjonalne, są uważane za „pomocne” czy „użyteczne”, a nawet „rozsądne” (Williamson i in., 2004, s. 715), a zachowania kompensacyjne są negatywnie wzmacniane i potwierdzają przekonanie, że człowiek powinien bać się otyłości i martwić się o rozmiar/kształt swojego ciała. Ten proces przypomina tzw. „emocjonalne wnioskowanie” (Williamson i in., 2004, s. 715).



Rysunek 3. Schemat ilustrujący zintegrowaną poznawczo-behawioralną teorię zaburzeń odżywiania.

Źródło: Williamson i in., 2004, s. 713. Zaadaptowane za zgodą Wydawnictwa SAGE Publishing.

Model Williamsona i in. (2004) zakłada, że do utrzymywania się zaburzenia odżywiania przyczyniają się błędy w przetwarzaniu informacji. Badacze testowali szerokie spektrum błędów poznawczych związanych z zaburzeniami odżywiania, a mianowicie: błąd uwagi (tendencyjność uwagi), błąd selektywnej pamięci, błąd selektywnej interpretacji, przecenianie rozmiaru ciała oraz skrajne dążenie do szczupłości (zob. też: Williamson i in., 2002). Błąd uwagi nawiązuje do założenia, że jednostki z zaburzeniami odżywiania w porównaniu ze zdrowymi osobami odmiennie przetwarzają bodźce dotyczące wagi/kształtu i pokarmu/jedzenia. W celu jego zbadania/pomiaru stosowano kilka technik, na przykład test Stroopa czy test dychotomicznego słuchania. Wyniki licznych badań, na przykład za pomocą zadania Stroopa, pokazują, że osoby z zaburzeniami odżywiania sprawnie przetwarzają informacje zgodne z ich schematem Ja (np. słowa konotujące otyłą sylwetkę), a ignorują informacje niezgodne z tym schematem (np. słowa konotujące szczupłą sylwetkę). Co do błędu pamięci, testowano hipotezę, według której u osób z zaburzeniami odżywiania informacja związana z troskami dotyczącymi wagi/kształtu ciała będzie łatwiej kodowana i łatwiej dostępna (to jest łatwiej przywoływana z pamięci) w porównaniu z innymi informacjami. Badania oraz kliniczne obserwacje wykazały, że osoby z zaburzeniami odżywiania przejawiają selektywną pamięć dla informacji podtrzymującej ich schemat Ja związany z rozmiarem i wagą ciała, zatem prawdopodobnie łatwiej przypominają sobie one informacje zgodne z tym schematem, które potwierdzają i utrzymują ich przekonania. W jednym z badań (Sebastian, Williamson, Blouin, 1996) uczestnicy przypominali sobie więcej słów dotyczących otyłości w porównaniu ze słowami niezwiązanymi z otyłością lub ze słowami neutralnymi. Z kolei błąd selektywnej interpretacji ma miejsce wówczas, gdy osoba nieprawidłowo interpretuje przychodzącą informację, na przykład w przypadku osoby z zaburzeniem odżywiania – czyni to ona w taki sposób, który jest zgodny z jej cielesnym schematem Ja. Ocena rozmiaru ciała przez osoby z zaburzeniami odżywiania przypomina ten typ błędu, gdyż ma ona miejsce zazwyczaj w niejasnych, niejednoznacznych i niepewnych warunkach, przy czym zadania dotyczące oceny rozmiaru ciała, jak i codzienne czynności, takie jak na przykład zakładanie ubrań, mogą aktywować negatywne emocje i wspomnienia związane z kształtem i rozmiarem ciała, a to z kolei może prowadzić do zniekształcenia ich postrzegania. Wiele badań potwierdziło istnienie tego błędu, zwłaszcza gdy badani byli poddawani ekspozycji na niejednoznaczną informację. Okazało się, że wówczas selektywnie interpretują tę informację zgodnie z ich przekonaniami (np. Cooper, 1997). Przeszacowywanie rozmiaru ciała to powszechny fenomen u osób z zaburzeniami odżywiania i od wielu lat uważa się, że zaburzenia obrazu ciała odgrywają centralną rolę w rozwoju i utrzymywaniu się tych chorób (np. Bruch, 1973). Im większa jest rozbieżność między aktualnym a idealnym Ja, tym wyższe

są poziomy niezadowolenia z ciała, zwłaszcza w reakcji na wyraziste bodźce dotyczące ciała/wagi. Według Williamsona (1996, za: Williamson i in., 2002) lęk przed otyłością prowadzi do rozwoju skrajnego dążenia do szczupłości, a idealny rozmiar ciała może stać się „standardem”, innymi słowy, „kotwicą” (Williamson i in., 2002, s. 51), która służy jako punkt odniesienia podczas oceny własnego rozmiaru ciała. Im częściej aktywowane są troski dotyczące wagi, tym większy jest postrzegany aktualny rozmiar ciała i tym mniejszy staje się rozmiar idealny, a ponadto pogłębiają się negatywne emocje, częściej pojawia się lęk lub depresja. Ten „błąd zakotwiczenia” („anchoring bias”; Williamson, 1996, za: Williamson i in., 2004, s. 722) może pojawiać się wówczas, gdy standard idealnych wagi/rozmiaru/kształtu ciała danej osoby staje się coraz bardziej szczupły, a dzieje się tak wówczas, gdy uległa zmniejszeniu masa ciała. Według tego poglądu, skrajnie szczupła figura może stać się ideą nadwartościową, która prowadzi do osiągnięcia szczupłości zagrażającej zdrowiu (Williamson i in., 2004). W jednym z badań (McKenzie, Williamson, Cubic, 1993), w którym manipulowano troskami związanymi z wagą u osób z żarłocznością psychiczną poprzez podawanie przekąsek, postrzegany aktualny rozmiar ciała, przed badaniem znacznie zawyżony, po wspomnianej interwencji, jeszcze bardziej się zwiększył. Wiele teorii zaburzeń odżywiania podkreślało, że skrajne dążenie do szczupłości oraz idee nadwartościowe dotyczące wyglądu fizycznego odgrywają dużą rolę w powstawaniu i utrzymywaniu się zaburzeń odżywiania. Osoby z zaburzeniami odżywiania, określając idealny według nich rozmiar ciała, wskazują na bardzo szczupłe sylwetki. Stice (1998) odkrył, że społeczne wzmocnienie takiego przekonania ze strony rodziny, rówieśników i mediów jest skorelowane z początkiem symptomów bulimicznych. Autorzy opisywanego modelu mają nadzieję, że dyskusja dotycząca poznawczo-behawioralnych teorii zaburzeń odżywiania będzie służyć jako empiryczna baza dla badania przyczyn i powodów utrzymywania się tych zaburzeń. Zaproponowany model wskazuje na potrzebę wyczerpujących i kompleksowych interwencji w celu zapobiegania zaburzeniom odżywiania i leczenia ich. Autorzy uważają, że leczenie tych chorób powinno koncentrować się na ideach nadwartościowych dotyczących wyglądu fizycznego i szczupłości, gdyż nadmierna troska o rozmiar ciała i jedzenie wydają się być kluczowymi ich rysami (Williamson i in., 2004). Williamson i in. (2002) uważają, że celem stosowania technik behawioralno-poznawczych w przebiegu zaburzeń odżywiania powinno być pomaganie chorym w radzeniu sobie z niepożądanymi stanami afektywnymi, jak i pomaganie, aby odczuwali oni inne, bardziej pozytywne stany afektywne. Istnieje wiele czynników ryzyka rozwinięcia przez daną osobę zaburzenia odżywiania (np. wczesny początek dojrzewania, ograniczenia dietetyczne, perfekcjonizm, niska samoocena, ekspozycja na wpływ mediów wspierających dążenie do szczupłości czy podejmowanie aktywności, które

promują ideał smukłej sylwetki, np. gimnastyki, tańca, modellingu). Należy jednak podkreślić, że za najważniejszy czynnik ryzyka rozwinięcia zaburzenia odżywiania u dzieci i adolescentów należy uznać silną, graniczącą z obsesją, troskę dotyczącą rozmiaru/kształtu ciała. Williamson i in. (2002) wykazali, że związek między troską o rozmiar ciała i poznawczymi błędami związanymi z rozmiarem/kształtem ciała występuje już u ośmioletnich dzieci. Odkryto, że skrajna troska o rozmiar/kształt ciała jest związana z szerokim spektrum zaburzeń obrazu ciała i błędów poznawczych. Zatem najwcześniejszym poznawczym przejawem zaburzenia odżywiania może być rozwój wysoce zintegrowanego cielesnego schematu Ja, będącego następstwem częstej aktywacji (opisywanej jako zaabsorbowanie, ruminacja lub obsesja) informacji dotyczącej ciała istotnej dla Ja. Autorzy podkreślają, że dzieci zatroskane o rozmiar/kształt ciała to najbardziej optymalna grupa dla podjęcia działań mających na celu zapobieganie zaburzeniom odżywiania. Podkreślają także, iż w celach prewencyjnych należy przeciwdziałać kulturowemu naciskowi promującemu diety i szczupły ideał ciała, kwestionować przekonania na temat wyglądu i poznawcze zniekształcenia związane z ciałem, promować zdrowe relacje interpersonalne oraz informować o zdrowych strategiach radzenia sobie, aby efektywnie pokonywać stres i uwarunkowany społecznie negatywny obraz ciała oraz wzmacniać samoocenę niezależną od wyglądu.

Leczenie zaburzeń odżywiania

Leczenie pacjentów z jadłowstrętem psychicznym.

Specjalistyczne, wspierające postępowanie kliniczne. Specjalistyczne, wspierające postępowanie kliniczne (*Specialist Supportive Clinical Management*, SSCM) stanowi jedną z metod leczenia jadłowstrętu psychicznego w warunkach ambulatoryjnych. Metoda ta została rozwinięta jako alternatywa dla terapii poznawczo-behawioralnej i terapii interpersonalnej, które stosuje się w leczeniu jadłowstrętu psychicznego. Stanowi ona połączenie postępowania klinicznego (Fawcett, Epstein, Fiester, Elkin, Autry, 1987) i psychoterapii wspierającej (Dewald, 1994). Metoda SSCM koncentruje się na takich osiowych objawach jadłowstrętu psychicznego, jak: niska waga ciała, restrykcyjne wzory związane z jedzeniem oraz nieprawidłowe zachowania kompensacyjne, a jej celem jest powrót pacjenta do prawidłowego odżywiania i odnowienie masy ciała, przy jednoczesnym jego dostępie do rzetelnej informacji i poradnictwa w zakresie choroby, jedzenia i wagi i możliwości poruszania innych problemów psychologicznych, których istnienie zasygnalizuje (McIntosh, Jordan, Bulik, 2010). Warto wspomnieć, że pierwszy z komponentów SSCM, postępowanie kliniczne, obejmuje koncentrację na relacji terapeutycznej, zapewnienie psycholo-

gicznego wsparcia oraz informacji na temat choroby, m.in. diagnozy, symptomów ostrzegawczych, przyczyn, leczenia i zapobiegania nawrotom, a także analizę myśli pacjenta i jego uczuć dotyczących choroby (Fawcett i in., 1987). Z kolei psychoterapia wspierająca obejmuje okazywanie pacjentowi wsparcia, otaczanie go klimatem akceptacji, życzliwości i optymizmu (między innymi zapewnianie, że cele są osiągalne), współpracę z pacjentem nad zmianami, koncentrację na jego mocnych stronach i respektowanie występujących u niego mechanizmów obronnych oraz uznanie jego (wzrastającej w miarę trwania terapii) zdolności do walki z chorobą bez pomocy klinicysty. Terapia wspierająca stosuje takie techniki, jak: aktywne słuchanie, werbalne i niewerbalne towarzyszenie pacjentowi, pytania otwarte, refleksja, pochwała, dodawanie otuchy i rada, przy czym najważniejszym czynnikiem leczącym jest szczerość klinicysty, także w sensie odkrywania się przed pacjentem (Barber, Stratt, Halperin, Connolly, 2001; Barrowclough i in., 2001). Ciepły klimat, wytworzony podczas sesji terapeutycznych, umożliwia ujawnianie przez pacjenta problemów, które są dla niego najistotniejsze, oraz intensyfikuje pozytywne zmiany (McIntosh i in., 2010).

Terapia usprawniania poznawczego. Podstawowe założenia terapii usprawniania poznawczego (*Cognitive Remediation Therapy*, CRT) zostały określone w celu rehabilitacji pacjentów z uszkodzeniami mózgu, doświadczających licznych trudności neuropsychologicznych (np. Goldberg, 2001). Ten cel zamierzano osiągnąć poprzez zastosowanie prostych poznawczych i behawioralnych ćwiczeń, mogących wpływać na usprawnienie funkcji określonych obszarów mózgu, które zostały uszkodzone lub otaczających je obszarów w celu kompensowania funkcji rejonów uszkodzonych (Kucharska, Wilkos, Sawicka, 2013; Parentê, Herrmann, 2003; Sohlberg, Mateer, 2001; Wilkos, Tylec, Kołakowska, Kucharska, 2013). Metoda usprawniania poznawczego polega na identyfikacji uszkodzonych funkcji poznawczych i obszarów mózgu poprzez neuropsychologiczną diagnozę i neuroobrazowanie, po których przeprowadza się serię ćwiczeń poznawczych i behawioralnych w celu wzmocnienia kompetencji poznawczych, o ile są słabe, i na rozwinięciu strategii kompensacyjnych w celu utrzymania kompetencji poznawczych pomimo uszkodzeń mózgu. Siegle, Ghinassi i Thase (2007) stwierdzają, że CRT może być zaliczona do grupy terapii neurobehawioralnych, które koncentrują się na biologicznych mechanizmach, leżących u podłoża zaburzeń psychicznych, podobnie jak leczenie farmakologiczne i operacyjne, z tą różnicą, że neurobehawioralne interwencje używają behawioralnych, a nie somatycznych metod oddziaływania. Obecna wersja CRT stosowana u pacjentów z jądłowstrętem psychicznym powstała na bazie systematycznych badań neuropsychologicznych, których wyniki wykazały, że pacjenci ci przejawiają zaburzenia w sferze funkcjonowania poznawczego (Southgate, Tchanturia, Treasure, 2009; Tchanturia

i in., 2005). Wykazano, że pacjentów z jadłowstrętem psychicznym cechuje brak elastyczności poznawczej (trudności z przełączaniem schematu poznawczego; Roberts, Tchanturia, Stahl, Southgate, Treasure, 2007; Tchanturia i in., 2005) oraz zbyt dokładne przetwarzanie informacji kosztem myślenia holistycznego (słaba centralna koherencja).

Dla pacjentów z jadłowstrętem psychicznym CRT jest swoistym „laboratorium” (Tchanturia, Hambrook, 2010, s. 133), w którym mogą oni odkrywać w sposób aktywny nowe, bardziej pomocne strategie myślenia. Ten typ interwencji terapeutycznej składa się z różnorodnych zadań i ćwiczeń umysłowych, których celem jest praca nad rozwijaniem elastyczności poznawczej i holistycznego przetwarzania informacji (Baldock, Tchanturia, 2007).

Terapia usprawniania poznawczego dla jadłowstrętu psychicznego składa się z 10 sesji, przy czym klinicysta i pacjent spotykają się dwa razy z tygodniu na 30–45 minut, aby współpracować podczas wykonywania prostych zadań poznawczych i wspólnie formułować wnioski. Głównym celem tych sesji jest zachęcenie pacjentów do refleksji nad ich stylem poznawczym i zachowaniami, które stanowią jego konsekwencję oraz pomaganie im w zastosowaniu nowych, bardziej adaptacyjnych strategii myślenia w codziennym życiu poprzez wprowadzanie niewielkich zmian w zachowaniu. Przed rozpoczęciem terapii, pacjenci podlegają wstępnej ocenie neuropsychologicznej, wykonując testy, mierzące umiejętność przełączania schematu poznawczego i centralną koherencję. Następnie po wstępnej ewaluacji, zostają oni przydzieleni do terapeuty, który pracuje z nimi przez cały czas trwania terapii. Pacjenci są ponownie oceniani pod względem neuropsychologicznym po 10 sesjach CRT, a następnie kolejno po 6 i 12 miesiącach od zakończenia terapii.

Jednym z testów umożliwiających trening przełączania schematu poznawczego, który był już szczegółowo omówiony w niniejszej pracy, jest test Stroopa. Zadanie to w jego wersji przystosowanej do takiego treningu, wymaga od pacjentów, aby podczas wyświetlania serii słów, nazywali głośno kolor każdego z nich, ignorując jego znaczenie. Po kilku próbach tego typu badani proszeni są o wymawianie danego słowa, ignorując kolor. Pacjenci podczas wykonywania tego zadania są proszeni kilka razy o wykonanie każdego z tych dwóch zadań, przez co mają możliwość ćwiczenia elastycznego myślenia.

Zadania, których celem jest wykształcenie całościowego przetwarzania informacji mają, używając potocznego określenia, uzdolnić pacjentów do „widzenia lasu zamiast drzew” (Tchanturia, Hambrook, 2010, s. 133). Przykładem jednego z takich zadań jest test „figur geometrycznych”. Wykonujących ten test prosi się o opisanie figury geometrycznej terapeutcie w taki sposób, aby mógł ją narysować. Podczas wykonywania tego zadania, osoby z jadłowstrętem psychicznym mają tendencję

do zauważania detali figury, a nie globalnych jej cech, co utrudnia narysowanie danej figury przez terapeutę.

Po zanalizowaniu i przećwiczeniu nowych strategii poznawczych podczas sesji terapeutycznych pacjentów zachęca się do zastosowania tych strategii w życiu codziennym, czyli do przeprowadzania między sesjami małych behawioralnych eksperymentów – na przykład otrzymują oni polecenie, aby w swoim miejscu pracy koncentrować uwagę na jednym bodźcu, a następnie odwracać uwagę od niego i wykonywać kilka zadań jednocześnie (może to być pisanie e-maila, rozmowa telefoniczna czy przygotowywanie raportu). Innym przykładem tego typu eksperymentu jest zachęcenie pacjenta, aby po oglądnięciu filmu opowiedział o nim przyjacielowi, nie wchodząc w szczegóły, a raczej wykorzystując trenowaną podczas sesji umiejętność podsumowywania tekstu. Dyskusja na temat przeprowadzonych przez pacjenta eksperymentów dostarcza klinicyście wiedzy na temat tego, jak ten pierwszy radzi sobie w takich sytuacjach, oraz pozwala mu na poznanie jego zainteresowań czy hobby.

Terapia usprawniania poznawczego daje możliwość doświadczenia pozytywnego terapeutycznego środowiska przez pacjentów, którzy nie byłiby w stanie (zarówno w sensie fizycznym, jak i poznawczym) poradzić sobie z kompleksowością i intensywnością innych terapii. Co więcej, zadania zawarte w CRT są oceniane przez wielu z pacjentów z jądłowstrętem psychicznym jako zabawne i atrakcyjne, dające „oddech”, wytchnienie od zaabsorbowania myślami o pokarmie i wadze (Tchanturia, Hambrook, 2010).

Dla pacjentów z jądłowstrętem psychicznym CRT jest potencjalnie interesującą, nowatorską interwencją, możliwą do zastosowania nawet u bardzo wyniszczonych osób. Niestety, nadal niewiele wiemy o neuropsychologicznych procesach leżących u podłoża poznawczych nieprawidłowości występujących w tej populacji i o tym, w jaki sposób mogłyby one podlegać zmianie w trakcie terapii. W obszarze badań nad psychozami kilka badań odkryło poznawcze i funkcjonalne zmiany w mózgu jako rezultat korekty poznawczego funkcjonowania (np. Wykes i in., 2002). Optymizmem napawa fakt, że rośnie liczba badań obejmujących neuroobrazowanie u osób z jądłowstrętem psychicznym. Idealem byłoby, gdyby badania pacjentów z jądłowstrętem psychicznym, wzorując się na badaniach osób z psychozami, łączyły metody neuropsychologiczne z neuroobrazowaniem w poszukiwaniu tych neuronalnych mechanizmów, które są podatne na oddziaływanie proponowane w ramach CRP (Tchanturia, Hambrook, 2010).

Warto dodać, że na podstawie informacji na temat CRT oraz treningu pierwotnie skonstruowanego do rehabilitacji pacjentów ze schizofrenią – *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT; Horan i in., 2011; zob. też: Nieznański, Czerwińska, Chojnowska, Walczak, Duński, 2004), zaprojektowano Trening Społecznego Poznania

i Neuropoznania, zaadaptowany dla potrzeb pacjentów z zaburzeniami odżywiania, m.in. z jadłowstrętem psychicznym (Kucharska i in., 2013). Trening składa się z 20 sesji, które odbywają się w formie spotkań grupowych, dwa razy w tygodniu. Trening Społecznego Poznania koncentruje się na ćwiczeniach służących poprawie jakości życia emocjonalnego chorych i adekwatniejszemu spostrzeganiu przez nich faktów dotyczących życia społecznego. Z kolei w ramach Treningu Neuropoznania pacjenci uzyskują wiedzę na temat trudności poznawczych, towarzyszących zaburzeniu odżywiania lub zaburzeniom współwystępującym, na przykład depresji. Sesje koncentrują się na kilku modułach, odpowiadających głównym procesom poznawczym, na przykład w ramach jednego z nich analizuje się, czym jest umysłowa elastyczność. Podczas tego treningu terapeuta zachęca pacjentów do wdrażania niewielkich zmian behawioralnych (zob. też: Starzomska, Wilkos, Kucharska, 2018a).

Terapia poznawczo-behawioralna. Twórcami terapii poznawczo-behawioralnej (*Cognitive-Behavioral Therapy*, CBT) byli Beck i współpracownicy (np. Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979). Ta terapia stała się jedną z najbardziej wpływowych, szeroko dostępnych propozycji leczenia zaburzeń psychicznych (np. depresji, zaburzeń lękowych, uzależnień i zaburzeń odżywiania), a jej pozytywna ocena opiera się na wielu pracach, udowadniających jej skuteczność (np. Nathan, Gorman, 2002; Wilson, Grilo, Vitousek, 2007). Program CBT dla jadłowstrętu psychicznego został opisany przez wielu autorów (np. Fairburn, Shafran, Cooper, 1999; Pike, Carter, Olmsted, 2004; Pike, Devlin, Loeb, 2004). Model ten rozwijał się i ewoluował wraz postęпами w rozumieniu psychopatologii jadłowstrętu psychicznego. Obecne modele CBT stosowane w leczeniu jadłowstrętu psychicznego koncentrują się zarówno na poznawczych i behawioralnych zaburzeniach powiązanych z osiowymi objawami tej choroby, jak i na tematyce temperamentu, osobowości i motywacji.

Pike, Carter i Olmsted (2010) zaproponowali podręcznik leczenia jadłowstrętu psychicznego oparty na modelu CBT (CBT – Anorexia Nervosa, CBT-AN), według którego idee nadwartościowe dotyczące znaczenia kontroli nad jedzeniem, kształtem i wagą ciała, leżą u podłoża podstawowych mechanizmów utrzymujących chorobę. Centralnym założeniem tego modelu jest stwierdzenie, że symptomy zaburzeń odżywiania są utrzymywane przez interakcję między zniekształceniami poznawczymi (nadmierną troską o jedzenie, kształt i wagę ciała) i behawioralnymi, które wpływają na zachowania związane z jedzeniem i wagą. Pewne cechy osobowości i temperamentu, w połączeniu z niską samooceną, mogą predysponować niektóre jednostki do internalizacji socjokulturowych standardów dotyczących znaczenia szczupłości i mitu, że osiągnięcie ideału będzie zmniejszało poczucie niskiej samooceny i nieefektywności. Dysfunkcyjalny schemat, który największą wartość przypisuje kontroli

nad jedzeniem, kształtem i wagą ciała, rozwija się, kiedy jednostka internalizuje te przekonania. Swoją wyraz znajduje on w skrajnej kontroli wagi, której celem jest osiągnięcie nierealistycznych poziomów szczupłości. U jednostek, które skrajnie ograniczają przyjmowanie pokarmów, dochodzi do wyniszczenia organizmu (postać ograniczająca jadłowstręt psychicznego). U innych chorych dieta przeplata się z epizodami utraty kontroli w postaci subiektywnie odczuwanego przejadania się. W reakcji na to wielu chorych podwaja swoje wysiłki i angażuje się w różne zachowania kompensacyjne, w wyniku czego osobę można uznać za cierpiącą na jadłowstręt psychiczny – postać z napadami objadania się/przeczyszczaniem lub żarłoczność psychiczną. Podczas rozwoju zaburzenia odżywiania, koncepcja Ja i samoocena jednostki stają się w coraz większym stopniu uzależnione od jedzenia, kształtu i wagi ciała. Kiedy choroba staje się bardziej zaawansowana, często u chorego pojawia się przekonanie, że ograniczenie pokarmu i utrzymanie niskiej wagi ciała jest jedynym sposobem doświadczania poczucia własnej wartości. Fizjologiczne i psychologiczne konsekwencje głodowania nasilają zaburzenia poznawcze i behawioralne, na przykład myślenie o jedzeniu, towarzyszące odczuwaniu głodu, jest doświadczane jako zagrożenie dla utrzymania kontroli nad jedzeniem i powoduje zwiększone wysiłki w celu ograniczenia ilości przyjmowania pożywienia. To wszystko powoduje, że choroba przypomina błędne koło. Jedną z zalet modelu CBT-AN jest stwierdzenie, że zaburzenia odżywiania mają wiele przyczyn, na przykład poza wyżej wymienionymi komponentami modelu rozważa się udział czynników biologicznych, które mogą przyczyniać się do zwiększonej podatności na zachorowanie i analizuje się je podczas sesji poświęconych psychoedukacji. Model CBT-AN rozpatruje także takie tematy, jak: motywacja do zdrowienia, trudności z regulacją emocji, kluczowe negatywne przekonania oraz problemy interpersonalne (Pike i in., 2010).

Terapia poznawczo-behawioralna pozostaje jedną z najczęściej stosowanych terapii w przypadku pacjentów z jadłowstrętem psychicznym. Należy jednak podkreślić, że ze względu na brak mocnych dowodów przemawiających za większą jej skutecznością w porównaniu z innymi terapiami, warto traktować ją jako komponent zintegrowanych programów leczenia jadłowstrętu psychicznego (Pike i in., 2010).

MANTRA. MANTRA (*Maudsley Model of Anorexia Treatment for Adults*) stanowi nowatorskie podejście do leczenia jadłowstrętu psychicznego oparte na terapii poznawczo-interpersonalnej, według którego za rozwinięcie przez osobę choroby odpowiedzialne są następujące cztery czynniki leżące u podłoża obsesyjno-kompulsyjnych i lękowych lub unikających rysów osobowości: (1) styl myślenia, który cechuje sztywność, nadmierna koncentracja uwagi na szczegółach i lęk przed popełnianiem pomyłek; (2) nieprawidłowości w sferze socjoemocjonalnej (np. unikanie emocjo-

nalnych: doświadczeń, regulacji i ekspresji); (3) pozytywne nastawienie do choroby, to jest przekonanie, że odgrywa ona pozytywną rolę w życiu chorego, oraz (4) nieprawidłowe reakcje bliskich (np. nadmierne zaangażowanie, krytycyzm, stopniowe przystosowywanie się do symptomów). Powyższe czynniki podlegają analizie podczas terapii, która ma na celu uzyskanie przyrostu wagi, zredukowanie objawów zaburzenia odżywiania i objawów innych zaburzeń mu towarzyszących oraz przystosowanie psychospołeczne. Styl leczenia w tym podejściu terapeutycznym można określić jako motywowanie. Na terapię składa się 20 do 40 sesji oraz 4–5 wizyt kontrolnych rozłożonych w dłuższym okresie czasu po odbyciu cyklu spotkań terapeutycznych. Terapia składa się z bazy oraz opcjonalnych modułów (np. moduł budowania nowej, „nieanorektycznej” tożsamości) (Schmidt, Wade, Treasure, 2014, s. 798). Leczenie ma przejrzystą strukturę i uwzględnia określoną hierarchię terapeutycznych procedur. Elastyczność tego podejścia wynika z tego, że baza terapii może być łączona z różnymi modułami, wykorzystywanymi w mniejszym czy większym stopniu. Unikalne dla tego podejścia jest to, że zestaw ćwiczeń jest owocem współpracy pacjentów i terapeutów (Schmidt i in., 2015; Zipfel, Giel, Bulik, Hay, Schmidt, 2015). Badania pokazały skuteczność tego podejścia w redukcji objawów jadłowstrętu psychicznego, we wzroście wskaźnika BMI oraz w zmniejszeniu sztywności poznawczej i obniżaniu poziomu niepokoju. Warto podkreślić, że w porównaniu z SSCM, chorzy poddani leczeniu MANTRA ocenili je po 12 miesiącach jako znacznie bardziej akceptowalne i wiarygodne (Schmidt i in., 2015).

Terapia rodzin. Chociaż terapia rodzinna jest czasami zalecana dorosłym pacjentom z jadłowstrętem psychicznym (Dare, Eisler, Russell, Treasure, Dodge, 2001), zasadniczo stosuje się ją u młodszych pacjentów z tą chorobą (zob. też: Józefik, Ulańska, 1999). Można wymienić kilka szkół terapii rodzinnej, a mianowicie: strukturalną (Minuchin i in., 1978), behawioralną (Robin, Foster, 1989), systemową „Mediolańską” (Selvini-Palazzoli, 1974), strategiczną (Madanes, 1981), feministyczną (Luepnitz, 1988; Schwartz, Barrett, 1988), przywiązaniową (Dallos, 2004), skoncentrowaną na rozwiązaniu problemu (Jacob, 2001) i coraz bardziej popularną – szkołę narracyjną (Madigan, Goldner, 1998; White, 1987). Niestety niewiele z wyżej wymienionych podejść było weryfikowanych empirycznie. Warto zwrócić szczególną uwagę na podejście zastosowane po raz pierwszy w The Maudsley Hospital w latach ‘80 XX w., nazwane „opartą na rodzinie terapią jadłowstrętu psychicznego” (*Family-Based Treatment for Anorexia Nervosa*, FBT-AN; Lock i in., 2001). Obecnie FBT-AN jest najrzetelniej opisanym rodzajem terapii dla adolescentów z jadłowstrętem psychicznym (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE, 2004).

Wczesne teorie dotyczące terapii rodzinnej dla osób z zaburzeniami odżywiania (Minuchin i in., 1975; Selvini-Palazzoli, 1974) zakładały, że istnieje specyficzny typ organizacji rodziny bądź wzoru rodzinnej interakcji, który wyjaśnia rozwinięcie przez jednostki jadłowstrętu psychicznego. Założenie to pozostawało w zgodzie z ówczesnym podejściem do terapii rodzinnej opartym na teorii opisującej rodzinę psychosomatyczną z dzieckiem z jadłowstrętem psychicznym (Minuchin i in., 1978), leżącym u podłoża strukturalnej i behawioralnej terapii rodzin. Wiele z technik stosowanych podczas interwencji rodzinnych, które stosuje się dzisiaj, pochodzi z programów tych terapii, pomimo tego, że rozumienie funkcjonowania rodzin z dzieckiem z jadłowstrętem psychicznym uległo znacznej modyfikacji. Główną przyczyną zmiany w podejściu do terapii rodzinnej w przypadku jadłowstrętu psychicznego był brak przekonujących dowodów empirycznych na związek między określonym typem funkcjonowania rodziny a wystąpieniem jadłowstrętu psychicznego. Nawet jeśli wykryto takie korelacje, badania, które je ujawniały, były niedopracowane metodologicznie. Przykładowo, badano pacjentów chronicznie chorych, co powodowało trudność w odróżnieniu przyczyn i skutków lub opierano się wyłącznie na narzędziach samoopisowych. Chociaż pewna liczba badań wykazała różnice między rodzinami z dzieckiem z jadłowstrętem psychicznym a rodzinami kontrolnymi, uzyskane wyniki nie były jednoznaczne, a w najlepszym razie można było na ich podstawie wysnuć konkluzję, że chociaż mogą istnieć pewne rodzinne czynniki ryzyka, nie są one na tyle silne, aby uznać je za warunki konieczne dla rozwoju choroby. Co więcej, nawet jeśli takowe istnieją, są one niespecyficzne, to znaczy zwiększają ryzyko rozwinięcia szeregu chorób, a nie jedynie jadłowstrętu psychicznego. Brak dowodów na rodzinną etiologię jadłowstrętu psychicznego oznacza, że potrzebujemy odmiennego sposobu myślenia o rodzinnych dynamikach, które obserwujemy, pracując z tymi rodzinami. Według nowego podejścia do terapii rodzinnej w przypadku jadłowstrętu psychicznego spotkania z rodzinami zapewniają kontekst dla zmiany, a nie obiekt tejże zmiany, co prowadzi do rozwinięcia podejść w większym stopniu opartych na współpracy i akcentujących potrzebę mobilizacji zasobów rodziny zamiast dążenia do jej zmiany (Eisler, Lask, 2008).

Klinicyści pracujący z rodzinami z dzieckiem z jadłowstrętem psychicznym nierzadko mogą zaobserwować niezwykle, wręcz zadziwiające interakcje w nich występujące, jednak stają się one w bardziej zrozumiałe, kiedy analizuje się je w kontekście wpływu choroby na daną rodzinę. Steinglass (1998) opisuje proces reorganizacji rodziny w reakcji na chorobę, który polega na wzrastającej dezorganizacji rodzinnych rutynowych zajęć i mechanizmów regulacji. W takiej rodzinie podejmowanie codziennych decyzji staje się coraz trudniejsze aż do momentu, w którym problem jest postawiony w centrum i od niego zależy organizacja życia

rodzinnego. Reakcje rodziny zmieniają się w zależności od natury choroby. Eisler (2005) wskazuje na następujące obszary, w jakich rodzina reorganizuje się wokół choroby dziecka: centralna rola symptomu w życiu rodziny, koncentracja rodziny na „tu i teraz” (spowodowana lękiem, który nasila się w porach posiłków), brak elastyczności w podejmowanych codziennie działaniach, wzmocnienie funkcji poszczególnych członków rodziny (np. jeśli jeden z członków rodziny ma tendencję do pełnienia roli rozjemcy, to w sytuacji, gdy pojawiają się różnice opinii, ta rola może ulec wzmocnieniu), zmniejszenie zdolności rodziny do spełniania podstawowych potrzeb dziecka, utrata poczucia sensu poszukiwania pomocy).

Oparta na rodzinie terapia jadłowstrętu psychicznego (FBT-AN) jest zintegrowanym podejściem, które nawiązuje do wcześniejszych modeli terapii rodzinnej, włączając w to terapię: strukturalną, strategiczną, narracyjną i systemową „Mediolańską” (Dare, Eisler, 1995). W FBT-AN rodzice są głównym zasobem w leczeniu adolescentów. W pracy z rodzinami z jadłowstrętem psychicznym ważne jest skupienie się na „tu i teraz” oraz na pytaniach o codzienne sposoby funkcjonowania rodzin, a mianowicie o prawa, role i granice, oraz o to, jak one zmieniają się w przypadku sytuacji dotyczących jedzenia. Takie pytania mogą doprowadzić do ujawnienia mocnych stron, a także obszarów trudności w rodzinie. Duże znaczenie ma aktywna interwencja terapeuty, który posługując się językiem pełnym zachęty, podkreśla sukcesy rodziny i odpowiedzialność rodziców za dzieci. Może on również stosować odgrywanie ról (np. scena „posiłek rodzinny”), podczas którego zachęca rodziny do demonstrowania codziennych interakcji podczas sesji terapeutycznej, co pomaga rodzinie w odkryciu innych sposobów postępowania w określonych sytuacjach. W ten sposób rodzina korzysta z wciąż dostępnych jej zasobów umożliwiających zmianę oraz wzrasta jej siła i odporność, które uległy osłabieniu w wyniku poczucia beznadziejności i rozpacz z powodu choroby dziecka.

Warto wspomnieć, że terapia wielorodzinna (*Multifamily Group Program*, MFG-FBT) dla jadłowstrętu psychicznego posiada te same teoretyczne podstawy, strukturę i techniki interwencji co FBT-AN. Wyróżniającym ją elementem jest oparcie się na wymianie doświadczeń między rodzinami oraz użycie dynamik grupowych do maksymalizacji zasobów i mechanizmów adaptacyjnych rodziny. Spotkania rodzin, na przykład podczas wspólnego posiłku, chociaż wymagają przeformułowania relacji w grupie, włączając w to relację z terapeutą, pomagają rodzinom pokonać poczucie izolacji i braku zrozumienia z powodu sytuacji, z jaką przyszło im się zmagać (Eisler, Lock, Le Grange, 2010).

Istnieje konsensus co do tego, że terapia rodzinna, która skupia się na mobilizacji zasobów rodzinnych w celu opanowania problemów z jedzeniem u dziecka, jest obecnie leczeniem pierwszego wyboru w przypadku adolescentów z jadło-

wstrętem psychicznym (NICE, 2004), chociaż opiera się ona na niewielkiej liczbie badań, dodatkowo obarczonych licznymi ograniczeniami metodologicznymi. Oparta na rodzinie terapia jadłowstrętu psychicznego (FBT-AN) jest akceptowana przez adolescentów i ich rodziny oraz prowadzi do generalnie dobrych wyników u adolescentów, zwłaszcza z krótkim stażem choroby. W kontekście wielu typów leczenia, w przypadku FBT-AN zgromadzono najmocniejsze dowody na efektywność oddziaływań terapeutycznych. Niestety niewiele wiemy o mechanizmach odpowiedzialnych za zmiany zachodzące podczas tego typu terapii, a jeszcze mniejszą wiedzę posiadamy na temat czynników, które mogłyby utrudniać efektywne leczenie.

Rehabilitacja żywieniowa w leczeniu jadłowstrętu psychicznego. Cele żywieniowej rehabilitacji w leczeniu jadłowstrętu psychicznego to przywrócenie właściwej wagi i poprawa stanu odżywienia. Chociaż samo uzyskanie właściwej wagi nie jest równoznaczne z wyzdrowieniem, rehabilitacja żywieniowa wspomaga normalizację zaburzeń metabolicznych i komplikacji medycznych, a jednocześnie umożliwia osiągnięcie przez pacjenta poziomu poznawczego funkcjonowania (zwłaszcza w obszarze umiejętności koncentracji uwagi), koniecznego do zrozumienia i reagowania na poradnictwo psychologiczne oraz interwencje behawioralne. Niestety rehabilitacja żywieniowa stwarza pewne ryzyko dla wyniszczonych pacjentów. Niska waga u pacjenta z jadłowstrętem psychicznym jest zazwyczaj konsekwencją przynajmniej kilkumiesięcznego, ograniczonego dostarczania energii i/lub zwiększonego wydatkowania energii, a to zwiększa metaboliczną i fizjologiczną adaptację organizmu. W tym stanie intensywne dokarmianie, zwłaszcza gdy towarzyszy mu nieadekwatne monitorowanie reakcji, może mieć poważne konsekwencje. Ponadto rehabilitacja żywieniowa musi być przeprowadzana w oparciu o głęboką wiedzę dotyczącą psychologicznych aspektów zaburzeń odżywiania, szczególnie na początku leczenia i w przypadku pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, dla których utrzymanie niskiej wagi ciała stanowi priorytet. Zamiast postrzegania pacjentów jako manipulujących i przeciwstawiających się leczeniu, problemy pojawiające się w przebiegu realimentacji powinny zostać poddane dyskusji, a klinicysta powinien wyjaśnić pacjentowi, że osiągnięcie większej masy ciała jest koniecznym warunkiem wyzdrowienia, a przede wszystkim zmiany wzorców myślenia. Zazwyczaj pacjenta z jadłowstrętem psychicznym przeraża perspektywa przyrostu wagi i walczy on z pragnieniem jedzenia, a ilości pokarmu akceptowane przez niego są zbyt ograniczone, aby mogły dostarczyć energii umożliwiającej prawidłowe funkcjonowanie, w tym także poznawcze. Dobry kontakt z dietetykiem jest istotnym warunkiem osiągnięcia przez pacjenta prawidłowej wagi, gdyż ten ostatni czuje wówczas, że

zmiana dotycząca jedzenia i przyrostu wagi odbywa się pod nadzorem kompetentnego specjalisty (Rock, 2010).

Przed rozpoczęciem leczenia główną cechą diety pacjentów z jadłowstrętem psychicznym jest deficyt podaży energii w stosunku do jej wydatkowania. Badania pacjentów w początkowym etapie choroby wykazały, że podaż energii waha się u nich w granicach 800–1200 kilokalorii (kcal) dziennie, chociaż ten czynnik zmienia się w zależności od stadium choroby. Należy pamiętać, że ze względu na to, iż w miarę odchudzania spoczynkowe wydatkowanie *energii* i zapotrzebowanie energetyczne organizmu pacjenta stają się coraz bardziej zredukowane (w tym procesie pośredniczą m.in. zmiany w poziomach hormonu tarczycy), musi on w celu dalszej utraty wagi coraz bardziej ograniczać ilość przyjmowanego pokarmu (van Wymelbeke, Brondel, Bron, Rigaud, 2004).

W większości ustrukturalizowanych programów leczenia na wstępnym stadium rehabilitacji żywieniowej podaż kalorii wynosi 1200–1800 kcal dziennie i zwiększa się ona o 200–300 kcal co każde 2–4 dni aż do 3000–3500 kcal dziennie (Treat i in., 2005) lub do maksimum 70–100 kcal na kilogram wagi ciała. Celem rehabilitacji żywieniowej jest osiągnięcie wzrostu wagi ≥ 1 kg na tydzień, jednak w warunkach ambulatoryjnych, w których medyczne monitorowanie jest ograniczone, przyrost wagi wynoszący 0,5–0,9 kg na tydzień jest bardziej realistycznym celem i stwarza mniejsze ryzyko medycznych komplikacji. W większości przypadków poziom podaży energii, konieczny do restytucji wagi, można osiągnąć poprzez regularne posiłki i przekąski. Niekiedy zaleca się podawanie nutridrinków, jeśli za pomocą wyżej wymienionych standardowych posiłków nie można osiągnąć zamierzonego przyrostu wagi. Ponadto w rehabilitacji żywieniowej pacjentów z jadłowstrętem psychicznym bywa stosowana suplementacja dojelitowa poprzez karmienie sondą (specjalna pompa podłączana w nocy; van Wymelbeke i in., 2004). W porównaniu ze standardowymi metodami odżywiania ten sposób podawania pokarmu jest relatywnie niekomfortowy dla pacjentów i stwarza większe ryzyko medycznych komplikacji oraz utrudnia nabywanie przez nich umiejętności radzenia sobie z lękiem przed regularnymi posiłkami, która stanowi jeden z najistotniejszych warunków wyzdrowienia. Czasami stosuje się również pozajelitowe metody rozprowadzania substancji odżywczych (węglowodanów, tłuszczów, aminokwasów) poprzez cewnik, który jest podłączony do żyły podobojczykowej, a ta z kolei łączy się z żyłą główną. Chociaż czasami ten typ karmienia może uratować pacjentowi życie, nie jest on rekomendowany przez klinicystów (Silber, 2008). Należy pamiętać, że zarówno karmienie pozajelitowe, jak i karmienie dojelitowe mogą powodować częściej niż inne standardowe metody tzw. zespół realimentacyjny, który stwarza poważne zagrożenie dla życia pacjenta, zwłaszcza podczas pierwszych kilku tygodni intensywnej podaży energii (Rock, 2010).

Zespół realimentacyjny pojawia się najczęściej u chronicznie niedożywionych pacjentów. Głównym objawem tego zespołu jest hipofosfatemia, której towarzyszą: hipokaliemia, hipomagnezemia, hiperglikemia, zatrzymanie płynów i sodu. Skutkiem hipofosfatemii oraz nieprawidłowości w poziomach elektrolitów mogą być: arytmia serca, niewydolność oddechowa, zastoinowa niewydolność krążenia, nieprawidłowości hematologiczne i neurologiczne (Miller, 2008). Aby zapobiec rozwinięciu przez pacjenta pełnoobjawowego zespołu realimentacyjnego, należy rozpocząć jego leczenie od umiarkowanej podaży energii (aby potem stopniowo ją zwiększać) oraz monitorować jego stan zdrowia, zwłaszcza podczas pierwszych dwóch tygodni realimentacji.

Dużą rolę w rehabilitacji żywieniowej u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym odgrywa poradnictwo dietetyczne. Przykładowo, w jego ramach powinno się przestrzegać pacjentów przed koncentracją na spożywaniu warzyw i innych niskokalorycznych pokarmów oraz unikaniem tłuszczu, co spowodowałoby przyzwyczajenie się do niskokalorycznej diety i utratę wagi. Poza planowaniem posiłków ważnym komponentem poradnictwa dietetycznego jest poznawcze przeformułowanie przekonań kluczowych oraz innych myślowych konstrukcji dotyczących jedzenia. Ponadto częścią takiego poradnictwa jest edukacja żywieniowa, podczas której pacjentowi dostarcza się informacji o diecie, odżywianiu, zawartości pokarmów i konsekwencjach niedożywienia, a z kolei te informacje mogą pomóc pacjentowi w rozwinięciu przez niego bardziej odpowiadającej rzeczywistości percepcji i w przeformułowaniu nieprawidłowych interpretacji, na przykład poprzez wizualizację zwiększenia masy kości w następstwie odżywiania, pacjent nie koncentruje się na negatywnych myślach o tłuszczu i otyłości (Rock, 2010).

Żywieniowa rehabilitacja stanowi ważny, niezbędny komponent leczenia jadłowstrętu psychicznego. Z pewnością należy przewidywać metaboliczne i psychologiczne wyzwania towarzyszące działaniom mającym na celu przywrócenie wagi i normalizację wzorców odżywiania, a dzięki takiemu podejściu do kwestii przywrócenia wagi możliwa staje się nie tylko wymierna pozytywna zmiana w tym obszarze, ale i utrzymanie zwiększonej w ten sposób wagi oraz normalizacja zachowań w zakresie jedzenia. Warto również pamiętać, że poradnictwo żywieniowe bez współwystępującej psychoterapii i multimodalnego postępowania klinicznego, prawdopodobnie nie doprowadzi do wyzdrowienia pacjenta z jadłowstrętem psychicznym (Pike, Walsh, Vitousek, Wilson, Bauer, 2003).

Farmakoterapia w leczeniu jadłowstrętu psychicznego. Farmakoterapię uważa się zazwyczaj za dodatkowy element leczenia jadłowstrętu psychicznego, co jest zgodne z wielodyscyplinarnym podejściem do tej choroby. Badania neurobiologiczne wykazały, że w kontrolę apetytu i jedzenia zaangażowanych jest wiele

różnych współpracujących z sobą systemów neurotransmiterów i neurohormonów (Kaye, Frank, Bailer, Henry, 2005). Odkryto, że u osób z jadłowstrętem psychicznym występują zaburzenia aktywności serotoniny i dopaminy, które odpowiadają za regulację apetytu, nastrojów i funkcjonowanie poznawcze (Bosanac, Norman, Burrows, Beumont, 2005). Te nieprawidłowości są szczególnie widoczne w stanie ostrej niedowagi i normalizują się wraz z przyrostem ciężaru ciała, chociaż niektóre z nich nadal utrzymują się mimo tego przyrostu, co może oznaczać, że odgrywają one znaczącą rolę w rozwoju patofizjologii tej choroby (Claudino i in., 2007). W leczeniu jadłowstrętu psychicznego stosuje się różne rodzaje leków, zazwyczaj w celu poprawy apetytu lub zwiększenia wagi, skrócenia czasu powrotu do zdrowia czy zredukowania osiowych objawów tej choroby i złagodzenia związanej z nimi psychopatologii.

Liczba przeprowadzonych badań dotyczących skuteczności antydepresantów w leczeniu jadłowstrętu psychicznego nie była duża, a dodatkowo badania te były obciążone wieloma ograniczeniami metodologicznymi (małe rozmiary grup, krótki czas leczenia, towarzyszące farmakoterapii inne metody leczenia, wysoki wskaźnik „wypadania” z terapii), z tego względu trudno jest sformułować jednoznaczne konkluzje. Ponadto nie odnotowano wpływu antydepresantów na osiowe objawy jadłowstrętu psychicznego i współwystępujące inne zaburzenia psychiczne. Tę grupę leków stosuje się zasadniczo w leczeniu depresji i zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, które mogą występować również u osób z jadłowstrętem psychicznym, jednak ich skuteczność może być zmniejszona poprzez wpływ wyniszczenia pacjenta na funkcję neurotransmiterów (Kaplan, Howlett, 2010).

Duże nadzieje klinicyści, pracujący z pacjentami z jadłowstrętem psychicznym, wiążą z lekami antypsychotycznymi drugiej generacji (*Second-Generation Antipsychotics*, SGAs), które w porównaniu z lekami antypsychotycznymi pierwszej generacji (*First-Generation Antipsychotics*, FGAs) oddziałują na szerszą rangę symptomów i różnią się od nich łagodniejszymi efektami ubocznymi. Działanie SGAs jest ukierunkowane na poznanie, afekt i aktywność – czyli na te sfery nieprawidłowego funkcjonowania pacjentów, w których duże znaczenie odgrywa dopamina. Powszechnie wiadomo, że osoby z jadłowstrętem psychicznym przejawiają zaburzenia poznawcze określane jako nieadekwatna wrażliwość na wewnętrzne sygnały. Koncepcja ta była opisywana w pracach na temat schizofrenii, lecz dotyczyła bodźców zewnętrznych (Kapur, 2003; zob. też: Nieznański, 2004), natomiast okazuje się, że pacjenci z jadłowstrętem psychicznym nieprawidłowo interpretują odczucia wewnętrzne, takie jak na przykład poobiednia pełność żołądka. Warto dodać, że wielu badaczy uważa zaburzenia obrazu ciała (najczęściej jest to utrwalone, fałszywe przekonanie pacjenta, że jest otyły nawet wówczas, gdy jest skrajnie wychudzony) jako na tyle poważne, że można je uznać za urojenia. Niektórzy pacjenci przyznają, że słyszą wewnętrzne „głosy”, oceniane przez

niektórych klinicystów jako halucynacje, „mówiące” im, aby nie jadły. Przeważnie takie objawy konceptualizuje się jako idee nadwartościowe i pseudohalucynacje (Claudino i in., 2007). Leki antypsychotyczne drugiej generacji mogą wspierać leczenie tych zniekształceń poznawczych. Ponadto pacjenci z jadłowstrętem psychicznym mogą doświadczać dysforii i lęku, które bardzo dobrze reagują na uspokajające i stabilizujące nastrój oddziaływanie SGAs. Wreszcie niektóre osoby z jadłowstrętem psychicznym przejawiają hiperaktywność, pomimo zmniejszonej ilości dostarczanej energii, a jest możliwe, że ten objaw mógłby reagować na blokujące dopaminę SGAs. Ze względu na pozytywne zmiany u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym spowodowane zastosowaniem SGAs, takie jak: mniejsze zaangażowanie w tematy wagi i kształtu, obniżony poziom lęku oraz zmniejszenie intensywności ćwiczeń, pacjenci są w stanie jeść więcej, czego następstwem jest przyrost wagi, niekoniecznie będący efektem ubocznym działania tych leków, lecz również wynikający z ich korzystnego wpływu na psychopatologię charakterystyczną dla tego zaburzenia. Warto dodać, że olanzapina jest lekiem z tej grupy stosowanym najczęściej u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym (Dunican, DelDotto, 2007).

Obecnie SGAs stosuje się w leczeniu eksperymentalnym, w ostrych przypadkach jadłowstrętu psychicznego, charakteryzujących się brakiem przyrostu wagi (American Psychiatric Association, APA, 2006). Osoby z jadłowstrętem psychicznym powinny przed zaaplikowaniem tych leków zostać poinformowane o wskazaniach do ich podawania, ryzyku i potencjalnych korzyściach wynikających z ich stosowania. Ci pacjenci generalnie niechętnie przyjmują leki, a tym bardziej leki z tej grupy, w przypadku których przyrost wagi wymienia się często jako ich efekt uboczny. Olanzapina pozostaje jedynym atypowym lekiem antypsychotycznym, w przypadku którego istnieją dowody skuteczności w leczeniu jadłowstrętu psychicznego. Gdy klinicysta zdecyduje się użyć SGAs u pacjenta z jadłowstrętem psychicznym, powinno być to przeprowadzone z dużą ostrożnością, a podawana dawka powinna być o wiele mniejsza (niska do średniej) w porównaniu z dawkami stosowanymi zgodnie z zaleceniami w schizofrenii i chorobie dwubiegunowej.

U pacjentów z jadłowstrętem psychicznym podejmowano także próby leczenia litem, cynkiem, ciproheptadyną, prokinetykami, takimi jak cisaprid, i lekami stymulującymi apetyt, takimi jak na przykład tetrahydrokannabinol. Badania nie wykazały jednak ich skuteczności w zwiększaniu apetytu, osiąganiu przyrostu wagi czy redukowaniu psychologicznych symptomów (np. Szmukler, Young, Miller, Lichtenstein, Binns, 1995).

Ze względu na to, że nie istnieją dowody na skuteczność konkretnych leków w leczeniu jadłowstrętu psychicznego, należy wyjść poza schematy i myśleć perspektywnie, rozważyć zastosowanie innych, skuteczniejszych niż dotychczas proponowane,

związków chemicznych. Badacze rozważają między innymi zastosowanie oreksygenicznych i anoreksygenicznych antagonistycznych peptydów. Należy podkreślić, że peptydy zwiększające (oreksygeniczne) lub zmniejszające (anoreksygeniczne) ilość przyjmowanego jedzenia, mogą odgrywać dużą rolę w patofizjologii jadłowstrętu psychicznego oraz tym samym – w planowaniu nowoczesnej farmakoterapii tej choroby. Istnieją pewne dowody sugerujące, że ma miejsce dysregulacja tych peptydów w jadłowstręcie psychicznym. Jest możliwe, że agoniści oreksygenicznych peptydów i antagoniści anoreksygenicznych peptydów będą odgrywać w przyszłości dużą rolę w nowoczesnym farmakologicznym leczeniu tej choroby (Roerig, Mitchell, Steffen, 2005).

W ostatnich latach trwają intensywne badania nad znaczeniem oksytocyny w leczeniu jadłowstrętu psychicznego. Rola tego hormonu w procesach społecznych była wielokrotnie udowadniania. Odkryto, że jest on skuteczny w leczeniu autyzmu, schizofrenii czy zaburzeń lękowych. Ponadto wykazano, że oksytocyna zwiększa zaufanie, usprawnia społeczną emocjonalną komunikację oraz zmniejsza błąd negatywnej interpretacji. Z tego względu, że odkryto, iż rysy autystyczne stanowią czynnik prognostyczny w przebiegu zaburzeń odżywiania, a ponadto interpersonalne trudności są ujmowane w wielu modelach utrzymywania się tych zaburzeń, postanowiono rozważyć zastosowanie oksytocyny jako wsparcie w ich leczeniu. Badania wykazały, że tendencyjność uwagi w kierunku bodźców związanych z jedzeniem i obrazem ciała oraz w kierunku negatywnych emocji takich jak złość czy wstręt (twarze), ulega redukcji po zastosowaniu tego hormonu (Kim, Kim, Cardi i in., 2014; Kim, Kim, Park i in., 2014). Te odkrycia pokazują, że oksytocyna może pośredniczyć w przetwarzaniu i unikaniu bodźców lękotwórczych związanych z utrzymywaniem się jadłowstrętu psychicznego (Treasure i in., 2015).

Jadłowstręt psychiczny jest jednym z najbardziej opornych na leczenie farmakologiczne zaburzeń psychicznych. Leczenie tej choroby wymaga wielodyscyplinarnego podejścia i ze względu na brak dowodów na skuteczność farmakoterapii, psychoterapia indywidualna pozostaje „kamieniem węgielnym” („cornerstone”; Kaplan, Howlett, 2010, s. 183) w leczeniu tej choroby. Priorytetem w tym leczeniu powinna być medyczna stabilizacja i rehabilitacja żywieniowa oraz oczywiście leczenie osiowych symptomów i współwystępujących zaburzeń psychicznych. Decyzja o farmakoterapii powinna być podjęta w oparciu o kliniczną ocenę stanu pacjenta.

Leczenie pacjentów z żarłoczością psychiczną i z zaburzeniem z napadami objadania się.

Wzmocniona terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu żarłoczości psychicznej. Według The United Kingdom’s National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2004), CBT jest terapią z wyboru w leczeniu żarłoczości

psychicznej i zaburzenia z napadami objadania się. Wzmocniona terapia poznawczo-behawioralna (*Cognitive Behavioral Therapy – Enhanced Version* – CBT-E) powstała szczególnie z myślą o pacjentach z żarłocznością psychiczną (Fairburn, Cooper, Shafran, 2008; Fairburn i in., 2008; Fairburn, Marcus, Wilson, 1993). Termin *wzmocniona* został zastosowany z trzech względów: (1) strategie i procedury stosowane w leczeniu zaburzeń odżywiania zostały na nowo zdefiniowane i rozszerzone; (2) w pewnych subgrupach pacjentów jednym z celów leczenia powinny być powszechne, dodatkowe mechanizmy utrzymujące, na przykład nietolerancja nastroju, kliniczny perfekcjonizm, bazowa niska samoocena czy poważne trudności interpersonalne; (3) leczenie jest przystosowane do wszystkich postaci zaburzeń odżywiania, a nie tylko do żarłoczności psychicznej. Wzmocniona terapia poznawczo-behawioralna powstała w oparciu o transdiagnostyczną teorię zaburzeń odżywiania, zaproponowaną przez Fairburna i in. (2003). Istnieją różne wersje CBT-E, przy czym wśród nich jedną z najbardziej popularnych jest terapia zogniskowana, stosowana wyłącznie wśród pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Wzmocniona terapia poznawczo-behawioralna jest terapią indywidualną, ograniczoną w czasie. Dla większości pacjentów liczba 20 sesji (poprzedzonych początkową sesją, podczas której ocenia się stan zdrowia pacjenta) okazuje się być wystarczającą. Główne zalety ściśle ustalonych ram czasowych CBT-E to: większa koncentracja pacjenta i terapeuty na leczeniu oraz zwiększone prawdopodobieństwo, że będzie miało ono swoje formalne zakończenie. To ostatnie zachęca terapeutów do przeznaczania czasu w końcowych sesjach na ważne, zorientowane na przyszłość tematy. W szczególnych przypadkach czas trwania terapii może być skrócony lub, co zdarza się częściej, wydłużony. Terapia CBT-E nie powinna być łączona z innymi formami terapii (Cooper, Fairburn, 2010).

Na CBT-E składają się cztery fazy. Celem pierwszej z nich jest zaangażowanie pacjenta w leczenie i proces zmiany. W tej fazie określone zostają procesy utrzymujące chorobę, pacjentowi dostarczana jest wiedza na temat problemów z jedzeniem oraz stosowane są dwie ważne procedury: „cotygodniowe ważenie” oraz „regularne jedzenie”. Spotkania odbywają się dwa razy w tygodniu przez cztery tygodnie i poprzedzone są początkową sesją, podczas której ocenia się stan zdrowia pacjenta. Celem drugiej fazy, nazwanej przejściową, jest ocena postępów w leczeniu, zidentyfikowanie przeszkód na drodze do zmiany, zmodyfikowanie conceptualizacji procesów utrzymujących chorobę (o ile jest to konieczne) oraz zaplanowanie fazy trzeciej. Na drugą fazę składają się dwa spotkania w odstępie tygodnia. Z kolei celem trzeciej fazy, która jest kluczowa dla leczenia, jest koncentracja na mechanizmach, które utrzymują chorobę i obejmuje ona osiem cotygodniowych spotkań, poświęconych następującym tematom: nadmierne przypisywanie znaczenia kształtowi i wadze oraz różne formy wyrażania tego (rozpoznawanie i eksplorowanie przyczyn nadmiernego

przypisywania znaczenia tym aspektom, analiza obszarów dotyczących samooceny, praca nad sprawdzaniem i unikaniem ciała, analiza odczucia „bycia grubym”, uczenie się kontrolowania charakterystycznego dla zaburzeń odżywiania sposobu myślenia), ograniczenie przyjmowanego pokarmu, spowodowane rozmaitymi wydarzeniami lub nastrojem zmiany w zachowaniach związanych z jedzeniem (włączając w to nietolerancję nastroju), przyjmowanie zbyt małej ilości jedzenia i niedowaga, kliniczny perfekcjonizm, bazowa niska samoocena oraz poważne trudności interpersonalne. Faza czwarta CBT-E ma dwa cele: (1) upewnienie się, że zmiany, które miały miejsce podczas leczenia, będą utrzymane podczas kolejnych miesięcy i (2) zminimalizowanie ryzyka nawrotu w perspektywie długoterminowej. Na tę fazę składają się trzy spotkania, które odbywają się w odstępie dwóch tygodni. W 20 tygodni po zakończeniu leczenia ma miejsce spotkanie podsumowujące. Centralnym rysem CBT-E jest zapewnienie i utrzymanie intensywności terapii. Warunkiem tego są częste (szczególnie we wczesnych fazach, podczas sześciu pierwszych tygodni) i regularne spotkania. Ważne jest uzyskanie zapewnienia ze strony pacjentów, że nie będą występowały przerwy podczas wspomnianych sześciu tygodni, zaś później nie będą one dłuższe niż dwa tygodnie. Pacjenci generalnie rozumieją i respektują powody takich ścisłych rygorów czasowych. Chorych, którzy zauważają, że ich codzienne zobowiązania lub styl życia prawdopodobnie będą kolidować z leczeniem, powiadamia się o możliwości półrocznego lub rocznego urlopu w pracy tak, aby mogli w pełni poświęcić się pokonaniu choroby. Jest to trudna decyzja, jednak jedynie nieliczni chorzy żałują, że ją podjęli (Cooper, Fairburn, 2010).

Warto ponadto wymienić trzy szczególne wyzwania, które nadal stoją przed CBT-E. Po pierwsze, terapia ta powinna być bardziej efektywna, gdyż pomimo wielu sukcesów, nie pomaga ona każdemu pacjentowi. Ważne jest zrozumienie, dlaczego niektórzy pacjenci nie uzyskują poprawy po zastosowaniu tego typu interwencji. Drugie wyzwanie to lepsze zrozumienie, jak terapia „działa”. Wiedza na temat jej aktywnych komponentów zapewniłaby podstawę dla dalszego wzmacniania tych elementów, a pomijania zbędnych, i pokazałaby, jak można uprościć leczenie. Trzecie wyzwanie dotyczy rozpowszechnienia leczenia, a mianowicie odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób najsprawniej można by to osiągnąć (Cooper, Fairburn, 2010).

Psychoterapia interpersonalna w leczeniu żarłoczości psychicznej i zaburzenia z napadami objadania się. Psychoterapia interpersonalna (*Interpersonal Psychotherapy*, IPT) powstała w późnych latach ‘60 XX w. z myślą o pacjentach z depresją jednobiegunową. Jej autorami byli Klerman, Weissman, Rounsaville i Chevron (1984). Jest to krótkoterminowa, ograniczona w czasie terapia, która koncentruje się na polepszeniu funkcjonowania interpersonalnego chorych, a co za tym idzie – na

łagodzeniu objawów zaburzenia psychicznego poprzez odniesienie ich do obszarów interpersonalnych problemów i rozwinięcie strategii radzenia sobie z tymi problemami. W późnych latach '80 IPT została z sukcesem dostosowana do pacjentów z żarłocznością psychiczną (Fairburn i in., 1991), a zaraz potem została zaadaptowana do wykorzystania w terapii grupowej pacjentów z zaburzeniem z napadami objadania się (Wilfley, Frank, Welch, Spurrell, Rounsaville, 1998). Psychoterapia interpersonalna okazała się skuteczną terapią w przypadku pacjentów z żarłocznością psychiczną i zaburzeniem z napadami objadania się.

Psychoterapia interpersonalna dla zaburzeń odżywiania – wprowadzenie.

Pierwszorzędnym celem IPT jest pomoc pacjentom w zidentyfikowaniu aktualnych problemów interpersonalnych oraz w pracy nad nimi. Koncentrując się na aktualnych (w przeciwieństwie do tych należących do przeszłości) relacjach, IPT nie formułuje żadnych hipotez na temat etiologii zaburzeń odżywiania. Celem leczenia jest rozwiązanie problemów w czterech społecznych obszarach, które są związane z początkiem i/lub utrzymywaniem się zaburzeń odżywiania, takich jak: deficyty interpersonalne, konflikty ról interpersonalnych, transformacje ról i żaloba. Deficyty interpersonalne dotyczą tych pacjentów, którzy są albo społecznie wykluczeni, albo zaangażowani w długotrwałe niesatysfakcjonujące relacje. Warto podkreślić, że ich niesatysfakcjonujące relacje i/lub udzielane im nieadekwatne społeczne wsparcie, często wynikają z ich słabych kompetencji społecznych (choć świadomość społeczna dotycząca tych chorób jest także relatywnie niska). Konflikty ról interpersonalnych u tych osób dotyczą nieprawidłowych relacji ze znaczącymi innymi (np. z innym członkiem rodziny czy współpracownikiem), które wynikają z różnic w zakresie oczekiwań wobec tych relacji. Transformacje ról dotyczą trudności związanych ze zmianą pod względem statusu społecznego (np. ukończenie studiów, utrata pracy, małżeństwo, emerytura, zmiany w zakresie stanu zdrowia). Problem żaloby rozpatruje się wówczas, kiedy początek symptomów choroby wiąże się albo z ostatnią, albo z dawną utratą osoby lub relacji (Tanofsky-Kraff, Wilfley, 2010).

Analizując obszary interpersonalnych problemów, IPT dla zaburzeń odżywiania koncentruje się na identyfikowaniu i zmianie dezadaptacyjnego interpersonalnego kontekstu, w którym powstał i utrzymuje się problem dotyczący jedzenia. Ponadto terapia ta łączy problemy psychiatryczne z problemami interpersonalnymi.

Psychoterapia interpersonalna dla zaburzeń odżywiania jest ograniczonym w czasie leczeniem, które zazwyczaj obejmuje 15–20 sesji na przestrzeni 4–5 miesięcy. Bez względu na liczbę sesji, IPT składa się z trzech faz. Początkowa faza poświęcona jest rozpoznaniu obszaru problemowego / obszarów problemowych, który będzie stanowił / które będą stanowiły cel leczenia. Podczas tej fazy ma miejsce diagnoza

i przydzielenie tzw. „roli chorego”. Następnie pacjent uzupełnia inwentarz interpersonalny dotyczący przeglądu aktualnych bliskich relacji, społecznego funkcjonowania, wzorów relacji i oczekiwań wobec tych relacji, a terapeuta tworzy zindywidualizowany program leczenia, obejmujący m.in. rozpoznanie głównego obszaru problemowego pacjenta. Faza druga – pośrednicząca – jest poświęcona pracy nad kluczowym obszarem problemowym / kluczowymi obszarami problemowymi i obejmuje 8–10 sesji. Najważniejszym zadaniem tej fazy jest towarzyszenie pacjentowi w procesie zrozumienia związku między trudnościami w funkcjonowaniu interpersonalnym a zachowaniami i symptomami charakterystycznymi dla zaburzeń odżywiania. Terapeutyczne strategie i cele tej fazy są uzależnione od zidentyfikowanego głównego problemu pacjenta, analizowanego w jednym z czterech wymienionych wyżej obszarów (dla przypomnienia, są to: deficyty interpersonalne, konflikty ról interpersonalnych, transformacje ról i żałoba). Ostatnia faza jest poświęcona (1) wzmocnieniu korzyści, jakie pacjent odniósł z udziału w terapii, oraz (2) przygotowaniu go do samodzielnej pracy w przyszłości w zakresie jego problemów z jedzeniem (Tanofsky-Kraff, Wilfley, 2010).

Techniki terapeutyczne stosowane w przebiegu IPT dla zaburzeń odżywiania dotyczą takich obszarów, jak: postawa terapeuty, koncentracja na celach, identyfikowanie związków oraz przekierowanie obszarów związanych z symptomami zaburzenia odżywiania. Co do pierwszego aspektu, warto podkreślić, że IPT przykładą ogromną wagę do pozytywnej relacji terapeutycznej między klinicystą a pacjentem. Postawa terapeuty jest pełna ciepła, wsparcia i empatii. Co więcej, podczas wszystkich faz terapii, klinicysta jest aktywny i opowiada się za pacjentem, nie pozostając neutralnym. Takie podejście kreuje bezpieczne i wspierające środowisko, konfrontacje i klaryfikacje są przekazywane w łagodnej i odpowiedniej formie, a klinicysta z dużą ostrożnością zachęca pacjenta do pozytywnych oczekiwań co do relacji terapeutycznej. Ponadto klinicysta prezentuje optymistyczne, pełne nadziei podejście do możliwości zakończenia terapii z sukcesem. Co do drugiego obszaru – koncentracji na celach, warto podkreślić, że klinicysta powinien stale skupiać swoją uwagę na tym, jak pacjent pracuje nad wynegocjowanymi celami między sesjami. Takie sformułowania, jak: „iść naprzód zgodnie z celami” czy „dokonywanie ważnych zmian” są używane przez tego pierwszego, aby zachęcić pacjenta do odpowiedzialności za leczenie, przypominając mu jednocześnie, że zmiana wzorów interpersonalnych wymaga uwagi i wytrwałości. W sytuacji, gdy niespodziewanie podczas terapii pojawia się dyskusja na niezwiązany z jej celami temat, klinicysta powinien subtelnie, lecz stanowczo przekierować dyskusję na kluczowe obszary interpersonalne. Dzięki koncentracji na osiągnięciu celów, istnieje duża szansa, że u pacjenta pojawią się konieczne zmiany. Ważnym obszarem oddziaływań terapeuty w IPT dla zaburzeń odżywiania jest identyfikowanie związków (trzeci obszar zastosowania specyficznych technik te-

rapeutycznych), a mianowicie klinicysta towarzyszy pacjentowi w rozpoznawaniu i ostatecznie – w stawianiu się bardziej świadomym relacji między trudnościami z jedzeniem a interpersonalnymi zdarzeniami podczas danego tygodnia. Podczas gdy pacjent uczy się odkrywać te związki, klinicysta powinien ukierunkować go na rozwinięcie strategii służących zmianie interpersonalnego kontekstu, w którym pojawiają się symptomy choroby. W rezultacie, cykl zaburzenia odżywiania zostaje przerwany. Pacjentów zachęca się do identyfikowania relacji między funkcjonowaniem interpersonalnym a konstruktywnymi wzorami jedzenia, na przykład pacjent może odkryć, że poprawie uległa jego komunikacja ze znaczącą osobą i w rezultacie nie zaangażował się on w zachowania charakterystyczne dla zaburzenia odżywiania. Ostatnim ważnym obszarem oddziaływania terapeuty podczas IPT dla zaburzeń odżywiania jest przekierowanie obszarów związanych z symptomami zaburzenia odżywiania na kwestie interpersonalne (Tanofsky-Kraff, Wilfley, 2010). Podczas sesji terapeutycznych pacjenci mogą podnosić kwestie dotyczące stresującego zachowania związanego z jedzeniem (np. epizody objadania się, nadmierne zatroskanie o jedzenie, kształt i wagę ciała) lub przejawiać chęć zaangażowania się w długą dyskusję dotyczącą tego zachowania. Klinicysta powinien z czujnością dbać o to, aby podczas sesji były realizowane cele leczenia. Przykładowo kobieta, która unika intymności w relacjach z mężem, może przypisać to zachowanie niezadowoleniu z ciała związanemu z otyłością. W tym wypadku klinicysta powinien być świadomy, że pacjentka może oczekiwać szczegółowej dyskusji o jej niepokojach związanych z ciałem, pomijając przy tym aktualne problemy, cechujące jej komunikację z mężem (Tanofsky-Kraff, Wilfley, 2010).

Psychoterapia interpersonalna dla żarłoczności psychicznej i zaburzenia z napadami objadania się jest skoncentrowanym na celach, ograniczonym w czasie leczeniem, które jest ukierunkowane na interpersonalne problemy związane z początkiem i/ lub utrzymywaniem się zaburzenia odżywiania. Koncentracja na funkcjonowaniu interpersonalnym jest niezwykle istotna dla pacjentów z zaburzeniami odżywiania, gdyż wielu z nich doświadcza trudności w tym obszarze. W zależności od głównego obszaru problemowego, w plan leczenia włączone są specyficzne strategie i cele. Główny obszar problemowy jest określany po uzupełnieniu przez chorego szczegółowego inwentarza interpersonalnego (co jest unikalnym aspektem IPT) oraz przez zaproponowanie zindywidualizowanego programu leczenia dla każdego pacjenta. Udowodniono znaczącą i utrzymującą się po zakończeniu IPT poprawę stanu zdrowia u pacjentów z żarłocznością psychiczną i z zaburzeniem z napadami objadania się (Tanofsky-Kraff, Wilfley, 2010). Należy dodać, że IPT z powodzeniem stosuje się także w zapobieganiu nadmiernemu przyrostowi wagi ciała (np. Young, Mufson, 2003).

Psychoterapia interpersonalna dla żarłoczności psychicznej. Chociaż CBT jest najlepiej przebadanym i opartym na gruntownej teorii typem leczenia pacjentów z żarłocznością psychiczną, to IPT jest jedynym typem psychologicznego oddziaływania w przebiegu tej choroby, które skutkuje długoterminowymi rezultatami, przy czym są one porównywalne z tymi, występującymi po przeprowadzeniu CBT (Wilson, Shafran, 2005). Jedno z badań (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, Kraemer, 2000) pokazało, że pacjenci uczestniczący w IPT oceniali tę terapię jako bardziej im odpowiadającą i spodziewali się lepszych jej efektów w porównaniu z pacjentami uczestniczącymi w CBT. Zatem potencjalną zaletą IPT może być to, że pacjenci z żarłocznością psychiczną postrzegają jej koncentrację na funkcjonowaniu interpersonalnym jako szczególnie istotną dla ich choroby oraz dla ich oczekiwań wobec leczenia – nawet ważniejszą niż koncentrację na poznawczych zniekształceniach dotyczących wagi i kształtu ciała. Obecnie IPT jest uważana za alternatywny w stosunku do CBT rodzaj psychoterapii osób z żarłocznością psychiczną (Tanofsky-Kraff, Wilfley, 2010).

Psychoterapia interpersonalna dla zaburzenia z napadami objadania się. Za-inspirowani sukcesem IPT u pacjentów z żarłocznością psychiczną, Wilfley i in. (1998) zaadaptowali IPT dla terapii grupowej pacjentów z zaburzeniem z napadami objadania się. Podczas pracy nad tym podejściem odkryli oni, że pewną liczbę pacjentów cechują długotrwałe niesatysfakcjonujące relacje, które mogłyby stanowić odpowiedni temat do analizy podczas terapii grupowej. Z tego względu nowe strategie przystosowano tak, aby dotyczyły interpersonalnych deficytów. W ramach jednego z takich oddziaływań członkowie grupy z interpersonalnymi deficytami zachęceni są do wykorzystania grupy jako „żywej” sieci społecznej (Tanofsky-Kraff, Wilfley, 2010, s. 274). To społeczne środowisko zmniejsza społeczną izolację, wspiera tworzenie nowych relacji społecznych i służy jako model dla inicjowania i podtrzymywania relacji spoza kontekstu terapeutycznego. Wstyd i autostygmatyzacja są powszechne u pacjentów z zaburzeniem z napadami objadania się i mogą przyczyniać się do utrzymywania się choroby. Terapia grupowa oferuje radykalnie odmienne, społeczne środowisko dla tych pacjentów, którzy ukrywają przed ludźmi swoje wstydlive zachowania związane z jedzeniem.

Terapia dialektyczno-behawioralna dla żarłoczności psychicznej i zaburzenia z napadami objadania się. Standardowa terapia dialektyczno-behawioralna (*Dialectical Behavior Therapy, DBT*) jest przystosowaną do warunków ambulatoryjnych terapią poznawczo-behawioralną, która powstała z myślą o pacjentach ze skrajną dysregulacją nastroju i powracającymi zachowaniami suicydalnymi, cierpiących na zaburzenie osobowości typu borderline (*Borderline Personality Disorder, BPD*). Ta

kompleksowa, oparta na ćwiczeniu umiejętności terapia integruje zasady terapii behawioralnej, filozofii dialektycznej oraz oparte na akceptacji strategię wykształcającą uważność (*mindfulness*; Linehan, 1993). Standardowa DBT została zaadaptowana do wykorzystania w przypadku różnych problematycznych zachowań związanych z dysregulacją emocji, między innymi pojawiających się w przebiegu zaburzeń odżywiania. Istnieje kilka ważnych powodów zastosowania DBT u pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Terapia dialektyczno-behawioralna oferuje alternatywę dla trudnych do leczenia pacjentów, w przypadku których standardowe leczenie zawiodło. Opiera się ona na modelu leczenia skoncentrowanym na symptomie, który może być szczególnie użyteczny dla pacjentów z podwójną diagnozą zaburzenia odżywiania i BPD, co nie jest rzadkością u osób z żarłocznością psychiczną (Sansone, Levitt, Sansone, 2005). Poza koncentracją na różnych zachowaniach problemowych związanych z dysregulacją nastroju, DBT stosuje specjalne protokoły uwzględniające zachowania zagrażające życiu i zakłócające przebieg terapii (np. opuszczanie sesji), telefoniczny coaching, wspomagające leczenie, nowatorskie, oparte na akceptacji strategię terapeutyczne, takie jak na przykład uważność oraz kompleksowe strategię zarządzania przypadkami (Chen, Safer, 2010).

W standardowej DBT leczenie koncentruje się wokół „poziomu” choroby, określonego przez jej nasilenie, stopień jej wpływu na życie pacjenta, jej złożoność, niepełnosprawność pacjenta oraz zagrożenie, jakie przynoszą z sobą jego problemy. Każdy poziom choroby jest związany w różnymi fazami leczenia, z kolei każda z faz wiąże się z określonymi celami terapii. DBT można podzielić na:

- (1) fazę wstępną, podczas której pacjentów ukierunkowuje się na leczenie; terapeuta i pacjent ustalają jego zasady i określają stopień zaangażowania w realizację celów (przede wszystkim jest to przerwanie zachowań suicydalnych i samouszkodzeń);
- (2) fazę pierwszą, której celem jest przerwanie zachowań, nad którymi pacjent nie ma kontroli;
- (3) fazę drugą, zastępującą „spokojną desperację” (Chen, Safer, 2010, s. 296) nietraumatycznym doświadczaniem emocji;
- (4) fazę trzecią, redukującą utrzymujące się w życiu danej osoby zaburzenia i problemy;
- (5) fazę czwartą, likwidującą poczucie braku pełni, „niekompletności” (Chen, Safer, 2010, s. 296) w celu osiągnięcia wolności.

Strategie terapeutyczne w DBT opierają się na równowadze między zmianą a akceptacją. Obejmują strategię: dialektyczne, podstawowe, stylistyczne, strategię zarządzania przypadkami oraz strategię zintegrowane (łącznie różne strategię).

Strategie dialektyczne są zorientowane na myślenie dychotomiczne, zachowanie i emocje, aby towarzyszyć pacjentowi w odnajdywaniu zrównoważonych i syntetycznych reakcji na trudne, skrajne sytuacje. Za fundamentalną dla tych technik należy uznać dialektykę akceptacji i zmiany (np. zarówno akceptacja aktualnego, nieefektywnego zachowania, jak i potrzeba zmiany tego zachowania). Różne dialektyczne strategie obejmują: użycie metafor, opowieści, paradoksu, oscylację między niejasnością a pewnością, użycie poznawczej restrukturyzacji, podkreślanie znaczenia ciągłej zmiany i walidację intuicyjnej mądrości pacjenta.

Podstawowe strategie, leżące u podstaw DBT, opierają się na ułatwianiu akceptacji i zmianie behawioralnej. Do tego typu strategii należy zaliczyć analizę łańcuchową, a mianowicie szczegółową analizę topografii, intensywności, częstości, czasu trwania, sytuacji, przyczyn i konsekwencji zachowania problemowego. Powtarzana analiza łańcuchowa zachowania problemowego pozwala pacjentowi i klinicyście określić oznaki oraz funkcję danego zachowania, a także czynniki utrzymujące je. Ponadto ta strategia umożliwia klinicyście określenie, co uniemożliwiło pacjentowi bycie efektywnym w danej sytuacji i uczenie go nowych sprawności (np. poprzez zastosowanie odgrywania ról w ramach tzw. „próby teatralnej”). Na te nowe umiejętności składają się: sprawności w zakresie regulacji emocji, poznawczej modyfikacji czy uważności. Służą one zmniejszeniu błędów poznawczych. Po określeniu wraz z pacjentem rozwiązania i zaplanowaniu zapobiegania zachowaniom problemowym w przyszłości, klinicysta ocenia jego zaangażowanie. Terapeuta może zastosować wiele strategii dotyczących zaangażowania, włączając w to na przykład analizę „za” i „przeciw”, użycie techniki „stopa w drzwiach” (terapeuta zwiększa zaangażowanie pacjenta w terapię poprzez sformułowanie mniejszej prośby, po której następują prośby trudniejsze do spełnienia) lub techniki „drzwiami w twarz” (terapeuta formułuje w stosunku do pacjenta poważną prośbę, po której następuje mniejsza prośba; Chen, Safer, 2010). Co ważne, plan terapii podczas dyskusji z pacjentem może ulec zmianie. Wówczas terapeuta weryfikuje zaangażowanie pacjenta w terapię według tego nowego, zrewidowanego planu. Podczas każdego spotkania z pacjentem w ramach DBT strategie zmiany są zbalansowane ze strategiami akceptacji, na przykład walidację stosuje się w celu zbudowania i utrzymania silnej relacji terapeutycznej. Warto nadmienić, że strategie walidacji obejmują: słuchanie pacjenta w sposób, który dowodzi, że terapeuta jest zainteresowany tym, co pacjent mówi (np. poprzez żywą mimikę), dokładne odzwierciedlanie, artykułowanie niewyrażonych myśli i emocji, komunikowanie pacjentowi, jaki jest sens jego zachowań w przeszłości (szczególnie dla uczenia się różnych umiejętności) i w obecnej sytuacji, oraz radykalną autentyczność, czyli traktowanie pacjenta tak, jak chciałoby się samemu być traktowanym (Chen, Safer, 2010).

Strategie stylistyczne polegają na zbalansowaniu podejść skoncentrowanych na akceptacji i zmianie. Z jednej strony, wzajemnie zwrotna komunikacja obejmuje interpersonalne ciepło, wrażliwość na troski pacjenta i strategiczne odkrywanie siebie (aby dostarczyć mu modelu radzenia sobie). Z drugiej strony, „prześmiewcza komunikacja” („*irreverent communication*”; Chen, Safer, 2010, s. 298) polega na zastosowaniu szokującego, humorystycznego lub dosadnego stylu, który można włączyć wówczas, gdy klinicysta i pacjent znaleźli się w „martwym punkcie” i terapia wymaga polaryzacji.

Strategie zarządzania przypadkami obejmują trzy specyficzne taktyki. Pierwszą taktyką jest „konsultacja” strategii pacjenta. Uczy go ona, jak może on wchodzić w interakcję z otoczeniem, rezygnując z organizowania go tak, aby spełniało jego potrzeby. Drugą taktyką są „interwencje środowiskowe”, w których klinicysta działa bezpośrednio w imieniu pacjenta. Stosowane są one wówczas, kiedy pacjentowi zagraża bezpośrednio niebezpieczeństwo lub gdy jest on bezsilny. W ramach trzeciej taktyki klinicysta poszukuje konsultacji we własnym zespole w celu wsparcia i pomocy w efektywnym przeprowadzeniu DBT.

Należy wymienić dwa najbardziej znane modele BPD. Są to: University of Washington DBT Model for BPD with BED (*binge eating disorder*) or BN (*bulimia nervosa*; Chen, Safer, 2010) oraz Stanford DBT Model for BED or BN (Safer, Telch, Chen, 2009).

Zintegrowana terapia poznawczo-afektywna dla żarłoczności psychicznej.

Zintegrowana terapia poznawczo-afektywna (*Integrative Cognitive-Affective Therapy*, ICAT) powstała w kontekście tworzenia programów leczenia opartego na empirycznie potwierdzonych modelach psychopatologii (Strauman, Merrill, 2004). Terapia ta przypomina interwencje skoncentrowane na emocjach (np. Terapię Akceptacji i Zaangażowania [*Acceptance And Commitment Therapy*, ACT; Hayes, Strosahl, Wilson, 2002], która akcentuje znaczenie minimalizowania unikania negatywnych emocji i doświadczania podstawowej interwencji, czy Terapię Skoncentrowaną na Emocjach [*Emotion-Focused Therapy*, EFT; Greenberg, 2002], która podkreśla znaczenie identyfikacji, doświadczania, ekspresji i modyfikacji stanów emocjonalnych w różnych stanach psychopatologicznych). Jednocześnie ICAT korzysta z pewnych elementów podejść do leczenia żarłoczności psychicznej opartych na CBT. Wśród najważniejszych elementów ICAT należy wymienić: zwiększanie motywacji do leczenia, zorientowany behawioralnie system planowania posiłków, troskliwą wrażliwość terapeuty na przejawy emocjonalnego reagowania u pacjenta i jego podatności na emocje innych (włączając w to emocje dotyczące jedzenia, kształtu i wagi ciała) oraz strategie identyfikowania wzorów zachowań interpersonalnych i zachowań

ukierunkowanych na Ja, które mogą wspierać unikanie leżących u ich podłoża negatywnych emocji.

Model utrzymywania się żarłoczności psychicznej, który leży u podstaw ICAT, można określić jako wieloczynnikowy. Podejmuje on próbę zintegrowania szerokiej rangi emocjonalnych, interpersonalnych, poznawczych i biologicznych czynników, zwiększających ryzyko rozwinięcia i utrzymywania się zachowań związanych z tą chorobą. Model ten różni się od innych poznawczych lub interpersonalnych modeli żarłoczności psychicznej (np. Fairburn i in., 1993), gdyż kładzie on większy nacisk na rozbieżności Ja, wzory interpersonalne, style zachowania ukierunkowane na Ja i doświadczenie emocjonalne. Podobnie jak inne ostatnio rozwinięte terapie stosowane w przebiegu żarłoczności psychicznej (CBT-E, DBT), konstrukty te są przedmiotem oddziaływań ze względu na ich potencjalną rolę w utrzymywaniu się tej choroby. Wspomniany model zakłada, że życiowe doświadczenia (np. krytycyzm, społeczne porównania, odrzucenie, strata) wchodzi w interakcję z predyspozycjami temperamentalnymi (np. unikanie zranienia), co powoduje, że umysłowe reprezentacje Ja oraz innych są silnie związane ze stanami emocjonalnymi, które organizują przyszłe interpersonalne spostrzeżenia i zachowanie oraz kierują nimi. W przypadku pacjentów z żarłocznością psychiczną, reprezentacje Ja są często określane jako niewystarczające lub nieadekwatne, co można zoperacjonalizować jako rozbieżność między percepcją Ja aktualnego i standardami oceny Ja, które charakteryzują Ja pożądane (Higgins, 1987; zob. też: Brytek-Matera, 2011). W modelu ICAT tę rozbieżność Ja uważa się za posiadającą motywacyjne znaczenie, gdyż wysokie jej poziomy prawdopodobnie wywołują związane z nimi negatywne emocje, których pacjenci z żarłocznością psychiczną próbują uniknąć lub które próbują zredukować. Model ICAT zakłada, że osoby z żarłocznością psychiczną angażują się w różnorodne interpersonalne i ukierunkowane na Ja zachowania, w celu unikania negatywnych emocji i redukcji rozbieżności Ja. Zatem wiele zachowań bulimicznych (np. diety, przeczyszczanie, ćwiczenia fizyczne) może stanowić próbę zredukowania rozbieżności między Ja aktualnym a Ja pożądanym, podczas gdy inne zachowania (np. napadowe objadanie się) mogą stanowić próbę ucieczki od negatywnych emocji – także tych związanych z rozbieżnością Ja (Wonderlich i in., 2010).

Zintegrowana terapia poznawczo-afektywna (ICAT) jest ustrukturalizowaną krótkoterminową terapią stosowaną między innymi w przypadku zachowań bulimicznych i składa się z czterech faz. Pierwsza faza (sesje 1–2) poświęcona jest zaprezentowaniu pacjentowi podejścia i zwiększeniu motywacji oraz podkreśleniu przez terapeutę znaczenia emocjonalnego reagowania. Cele fazy pierwszej obejmują: nawiązanie relacji terapeutycznej, zwiększenie motywacji poprzez analizę rozbieżności między konsekwencjami symptomów zaburzenia odżywiania a realizacją celów

w życiu, dyskusję dotyczącą „trzymania z chorobą” (Wonderlich i in., 2010, s. 327) w terminach rozpoznawania możliwych korzyści z symptomów, przejawianie przez terapeutę wrażliwości na stan emocjonalny pacjenta i wysiłek podejmowany przez niego w celu rozpoznawania jego reakcji emocjonalnych – przy czym ten ostatni cel jest wykorzystywany jako podstawowa strategia terapeutyczna, rozpoczęcie treningu sprawności FEEL (*Focus, Experience, Examine, Label* – Koncentracja, Doświadczenie, Zbadanie, Nazwanie), który ma na celu pomoc pacjentom w lepszym zrozumieniu własnych emocji. Wreszcie – celem jest rozpoczęcie automonitoringu przyjmowania jedzenia.

Druga faza (sesje 3–8) obejmuje rehabilitację żywieniową opartą na ustrukturalizowanym planowaniu posiłków i trening sprawności radzenia sobie. Cele fazy drugiej to: kontynuacja automonitoringu przyjmowania jedzenia, wdrożenie formalnego planowania posiłków z akcentem położonym na adekwatne pod względem odżywczym posiłki i przekąski, rozpoczęcie realizacji planu CARE (*Calmly Arrange, Regular Eating* – Spokojnie Zaplanowane Regularne Jedzenie), polegającego na automonitoringu zachowań związanych z jedzeniem i planowaniu posiłków, oraz kontynuacja treningu FEEL podczas sesji i pomiędzy nimi. Istotnym zadaniem na tym etapie jest również zachowanie przez terapeutę wrażliwości na stan emocjonalny pacjenta i wysiłek podejmowany przez niego w celu rozpoznawania jego reakcji emocjonalnych.

Trzecia faza (sesje 9–18) koncentruje się na relacji między stanami emocjonalnymi, zachowaniem interpersonalnym i zachowaniem ukierunkowanym na Ja, określanym jako „styl ukierunkowany na Ja”. Cele fazy trzeciej to: identyfikacja i modyfikowanie dezadaptacyjnych stylów ukierunkowanych na Ja, identyfikacja i modyfikacja dezadaptacyjnych wzorów interpersonalnych, identyfikacja zależności między emocjami, wzorami interpersonalnymi i zorientowanymi na Ja stylami oraz określenie, jak wiążą się one z symptomami bulimicznymi, kontynuacja modyfikowania skrajnych rozbieżności między aktualnym Ja i ewaluacyjnymi standardami pacjenta, wdrożenie treningów sprawności: SPA (*Self-Protect and Accept* – Ochronić Siebie i Akceptować) i SAID (*Sensitively Assert Ideas and Desires* – Pełne Wrażliwości Utrzymywanie Idei i Pragnień). Treningi te kładą akcent na mnemoniczne, czyli symboliczne strategie, zwiększające asertywność, samoakceptację i ochronę siebie. Prowadzi się także trening sprawności WAIT (*Watch All Impulses Today* – Dzisiaj Czuwaj nad Wszystkimi Impulsami), który koncentruje się na zdolności do odraczania gratyfikacji i redukcji impulsywnych zachowań, a jego uczestników zachęca się do monitorowania stanów emocjonalnych i rozważania alternatywnych działań).

Czwarta faza (sesje 19–20) poświęcona jest zapobieganiu nawrotom oraz planowaniu zdrowego stylu życia, a wreszcie zakończeniu terapii. Cele fazy czwartej to:

ocena postępów w leczeniu oraz identyfikacja sprawności, które okazały się szczególnie pomocne, konstruowanie planu zdrowego stylu życia, edukacja dotycząca nawrotów oraz analiza emocji związanych z zakończeniem leczenia.

Zintegrowana terapia poznawczo-afektywna (ICAT) to propozycja obiecującego psychospołecznego leczenia żarłoczości psychicznej. Niestety ten typ terapii uzyskał niewielkie wsparcie ze strony badań empirycznych (np. Fairburn, 2008), zwłaszcza deficyt ten dotyczy psychopatologii. Terapia ICAT to relatywnie unikalne podejście do leczenia żarłoczości psychicznej. Chociaż zawiera ona pewne elementy tradycyjnych terapii behawioralnych (np. automonitoring), inne interwencje stosowane w przebiegu ICAT, skoncentrowane na regulacji emocji oraz zachowaniu interpersonalnym, różnią się od tych stosowanych w CBT (Wonderlich i in., 2010; zob. też: Miller, Rollnick, 2002).

Podejścia samopomocowe do żarłoczości psychicznej i zaburzenia z napadami objadania się. Większość ekspertów z zakresu zaburzeń odżywiania podziela pogląd, że psychologiczne interwencje są najbardziej dostępną formą leczenia żarłoczości psychicznej i zaburzenia z napadami objadania się (Wilson i in., 2007). Oparte na dowodach naukowych dane kliniczne podkreślają wysoką skuteczność CBT w leczeniu tych chorób (np. NICE, 2004). W przeciwieństwie do tego, według obiegowych opinii społecznych, psychoterapia zaburzenia z napadami objadania się ma ograniczoną skuteczność, podczas gdy różne formy samopomocy są w przypadku tej choroby bardzo skuteczne (Mond, Hay, 2008). W istocie, badania pokazały, że osoby z zaburzeniami odżywiania częściej korzystają z leczenia opartego na samopomocy niż z profesjonalnej terapii (Mond, Hay, Rodgers, Owen, 2007). Istnieją różne definicje leczenia opartego na samopomocy. Jorm, Christensen, Griffiths i Rodgers (2002) definiują je jako każde leczenie, z którego korzysta chory bez konsultacji z profesjonalistą, włączając w to stosowanie leków bez recepty, ćwiczenia i biblioterapię. Sánchez-Ortiz i Schmidt (2010) uważają, że samopomoc obejmuje te interwencje, które wymagają ograniczonego lub nie wymagają w ogóle zaangażowania klinicysty, uczą istotnych sprawności w radzeniu sobie chorego z trudnościami oraz oparte są na klarownym modelu terapeutycznym i na strukturze, która syntetyzuje problemy pacjenta. Należy zauważyć, że powyższa definicja nie zalicza do tej formy leczenia korzystania przez chorego z podręczników samopomocowych.

Większość interwencji opartych na samopomocy, stosowanych w przypadku żarłoczości psychicznej i zaburzenia z napadami objadania się, opiera się na podręcznikach, chociaż możliwe są również interwencje oparte na video, czy innych materiałach zamieszczanych w Internecie. Większość interwencji samopomocowych w przypadku wyżej wymienionych chorób powstało w oparciu o CBT lub terapię

behawioralną, przy czym dwa najwyżej cenione podręczniki dla osób z tymi chorobami oparte na pierwszym typie terapii – *Pokonywanie napadów objadania się* (Fairburn, 1995) i *Zdrowienie krok po kroku* (Schmidt, Treasure, 1993). Najczęściej interwencje samopomocowe mają charakter indywidualny, rzadziej – grupowy, pod kierownictwem lub bez udziału terapeuty.

Przeprowadzone badania (np. Schmidt i in., 2007), a zwłaszcza metaanalizy interwencji opartych na podręcznikach (ze wsparciem lub bez wsparcia terapeuty; np. Sysko, Walsh, 2008), pomimo wielu ograniczeń metodologicznych (nieliczne grupy, niewielka liczba grup oraz ich duża różnorodność) wykazały użyteczność tego typu oddziaływań. Chociaż powinny być one traktowane jako interwencje „pierwszego kroku” w przypadku żarłoczności psychicznej, zaburzenia odżywiania nieokreślonego inaczej i zaburzenia z napadami objadania się, to jednak mogą być one na wstępnym etapie pokonywania choroby alternatywą dla tradycyjnej terapii psychologicznej. Dane pochodzące z badań długofalowych pokazują, że rezultaty tego typu interwencji utrzymują się po ich zakończeniu, a nawet następuje wówczas dalsza poprawa. Niestety, nie istnieją wystarczające dowody na różnice między interwencjami, które odbywają się pod kierownictwem klinicysty, a interwencjami, którym nie towarzyszy takie wsparcie (Sánchez-Ortiz, Schmidt, 2010).

Skomputeryzowane interwencje samopomocowe oparte na CBT (dostarczane poprzez Internet lub na płytach CD/DVD) stanowią alternatywę wobec samopomocy opartej na podręcznikach. Ich zaletą jest to, że są interaktywne i mogą być indywidualnie dopasowane do danego pacjenta. Zaprojektowano i przetestowano kilka takich interwencji przeznaczonych dla osób z żarłocznością psychiczną, zaburzeniem odżywiania nieokreślonym inaczej i zaburzeniem z napadami objadania się. Dotychczas przeprowadzone badania (np. Fernández-Aranda i in., 2008) wykazały, że oparte na treściach z płyt CD i Internetu interwencje samopomocowe są bardzo skuteczne jako interwencje „pierwszego kroku” u pacjentów z wyżej wymienionych grup klinicznych. Potrzebne są jednak dalsze badania porównujące te oddziaływania z opartymi na podręcznikach interwencjami samopomocowymi oraz z tradycyjną terapią „twarzą w twarz”.

Terapia rodzinna adolescentów z żarłocznością psychiczną. Terapia rodzinna adolescentów z żarłocznością psychiczną (*Family-Based Treatment For Adolescents with Bulimia Nervosa*, FBT-BN; Le Grange, Lock, 2007) powstała na podstawie założeń FBT-AN (Eisler i in., 2010), która także była przeznaczona dla adolescentów.

Istnieją silne teoretyczne i kliniczne argumenty przemawiające za tym, że rodzice powinni być zaangażowani w terapię dzieci, jeśli terapia ta ma się zakoń-

czyć sukcesem. W FBT-AN ma miejsce mobilizowanie rodziców (bardzo ważne są ich miłość i zrozumienie wyrażane w stosunku do dziecka) i rodziny do wsparcia behawioralnej zmiany związanej z jedzeniem i wagą. Badacze są zgodni co do tego, że mobilizowanie rodziców do wzięcia odpowiedzialności na odnowienie wagi u dziecka jest bardzo korzystne w leczeniu adolescentów z jadłowstrętem psychicznym. Chociaż FBT-BN jest modyfikacją FBT-AN, podziela jej wiele cech.

Adolescenci z żarłocznością psychiczną, podobnie jak pacjenci z jadłowstrętem psychicznym, mają tendencję do zaprzeczania alarmującej naturze symptomów choroby, a co za tym idzie – nie są w pełni zdolni do adekwatnej oceny powagi problemu. Podobnie jak w FBT-AN, również w FBT-BN rodzice traktowani są jako zasób dla pokonania zaburzenia odżywiania oraz podejmowane są próby łagodzenia nieadekwatnego poczucia winy zarówno u rodziców, jak i u adolescenta. Ze względu na to, że adolescent cierpiący na żarłoczność psychiczną nie jest zdolny do rozpoznania dysfunkcyjnego wzoru jedzenia i efektywnego poradzenia sobie z nim, zadaniem rodziców jest pomaganie mu w osiągnięciu zmiany zachowania, która prowadzi do wyzdrowienia (Le Grange, Lock, 2010).

Warto podkreślić, że FBT-BN różni się od FBT-AN pod kilkoma względami. Po pierwsze, w FBT-BN akcent położony jest nie na odbudowę wagi, jak w FBT-AN, a na regulację jedzenia i zredukowanie przeczyszczania. Po drugie, podczas gdy w FBT-AN rodzice biorą odpowiedzialność za odbudowę wagi u adolescenta, FBT-BN w większym stopniu zakłada współpracę między adolescentem a jego rodzicami. Przyczyną tego założenia jest fakt, że adolescenty z żarłocznością psychiczną są starsi przeciętnie o około dwa lata od większości pacjentów z jadłowstrętem psychicznym i w momencie zgłoszenia się rodziny na terapię są bardziej niezależni, co ułatwia ich partnerską relację z rodzicami. Ponadto adolescenty z żarłocznością psychiczną łatwiej niż pacjenci z jadłowstrętem psychicznym wchodzi w interakcję i są bardziej rozmowni podczas terapii, także podczas początkowych sesji. To sprawia, że sama terapia jest bardziej interaktywna i owocna dla rozwoju adolescenta, niż to ma miejsce w przypadku bardziej milczących i wycofanych adolescentów z jadłowstrętem psychicznym. Po trzecie, bardziej ukryta natura żarłoczności psychicznej, przejawiająca się w poczuciu winy i wstydu spowodowanych przez symptomy, może zwiększać prawdopodobieństwo, że choroba, nawet w przypadku jej zaostrzenia, może zostać przeoczona przez rodziców. Te czynniki zwiększają dyskomfort pacjenta i przyczyniają się do egodystoniczności żarłoczności psychicznej w przeciwieństwie do egosyntoniczności jadłowstrętu psychicznego. Warto podkreślić, że wyniszczenie pacjenta z jadłowstrętem psychicznym jest bardziej widoczne dla otoczenia niż troski pacjenta z żarłocznością psychiczną dotyczące rozmiaru/kształtu ciała i ułatwia

terapiście zachęcenie rodziców, aby pozostali skupieni na powadze stanu zdrowia ich dziecka (Le Grange, Lock, 2010).

W przebiegu FBT-BN bardzo istotne jest wyrażanie szacunku dla punktu widzenia i doświadczenia adolescenta, dlatego psychoedukacja dotycząca zaburzeń odżywiania, jest skierowana zarówno do rodziców, jak i do dziecka, a ponadto duży nacisk kładzie się na konflikty wokół pory posiłków i na wpływ, jaki choroba wywiera na relacje rodzinne. FBT-BN jest terapią skoncentrowaną na symptomie, podczas której nie analizuje się głębokich przyczyn choroby u adolescenta, a leczenie przede wszystkim ogniskuje się na tym, co można uczynić, aby pokonać chorobę. W FBT-BN zakłada się, że ukrywanie tajemnic, wstyd i dysfunkcyjne wzory dotyczące jedzenia związane z żarłocznością psychiczną, negatywnie wpływają na rozwój adolescenta oraz powodują dezorientację i zniechęcenie rodziców oraz innych członków rodziny. Dodatkowo, FBT-BN zakłada, że poczucie winy u rodziców dotyczące rozpatrywanej przez nich możliwości, że to oni przyczynili się do choroby dziecka oraz ich lęk dotyczący tego, jak mają się zachowywać, w jeszcze większym stopniu ich paraliżują. Z tego względu ważnym celem FBT-BN jest wzmacnianie rodziców i adolescenta w taki sposób, aby dzięki wspólnemu wysiłkowi ten ostatni przerwał takie zachowania, jak: napadowe objadanie się, przecyzszczanie, restrykcyjne diety oraz inne patologiczne czynności, mające na celu kontrolowanie wagi. Ponadto celem FBT-BN jest odseparowanie nieprawidłowych zachowań związanych z jedzeniem od samego dziecka, aby wspierać działania rodziców i zmniejszać jego opór wobec ich pomocy. Kiedy rodzice osiągną sukces w realizacji tych zadań, będą mogli ponownie pozwolić dziecku na pełną kontrolę nad jedzeniem. Rodzeństwo chorego dziecka odgrywa wspierającą rolę i nie angażuje się w kwestie związane z porami posiłków. Podczas FBT-BN terapeuta przyjmuje niedyrektywną postawę i służy jako nauczyciel, konsultant i ekspert dla rodziny, pozostawiając podejmowanie decyzji rodzicom. Ta postawa powoduje u rodziców poczucie, że to w głównej mierze od nich zależy, co się wydarzy podczas terapii, a to z kolei wzmacnia ich pewność siebie (Le Grange, Lock, 2010).

Zasady FBT-BN zostały opisane w mini-podręczniku (Le Grange, Lock, 2007). FBT-BN składa się z trzech faz i obejmuje 20 sesji na przestrzeni 6 miesięcy. Pierwsza faza trwa 2–3 miesiące i obejmuje cotygodniowe sesje (sesje 1–10). W drugiej fazie sesje (11–16) odbywają się co dwa tygodnie, a pod koniec terapii w fazie trzeciej sesje (17–20) mogą odbywać się co trzy tygodnie lub nawet co miesiąc. Pierwsza faza FBT-BN poświęcona jest przywracaniu zdrowego wzoru jedzenia, zadaniem drugiej fazy jest pomaganie adolescentowi w uzyskaniu samodzielności, wreszcie podczas trzeciej fazy analizowane są problemy adolescenta, a pod koniec tej fazy następuje zakończenie terapii.

Farmakoterapia w żarłoczności psychicznej. Według *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders* (Yager i in., 2006) wydanego przez American Psychiatric Association, istnieją mocne dowody na to, że CBT jest przynajmniej tak samo skuteczna w leczeniu zaburzeń odżywiania (włączając w to żarłoczność psychiczną), jak farmakoterapia. Zaleca się odłożenie rozpoczęcia farmakoterapii pacjentów z żarłocznością psychiczną w początkowym etapie leczenia. Farmakoterapia u pacjenta z żarłocznością psychiczną może być wdrożona w przypadku, gdy preferuje on tego typu leczenie. Podejście farmakologiczne może być odpowiednie również w przypadku słabej lub częściowej reakcji pacjenta na CBT lub wówczas, gdy nie ma on dostępu do CBT. Gdy klinicysta podejmuje decyzję o farmakoterapii u osoby z żarłocznością psychiczną, najczęściej wybiera fluoksetynę (traktowaną jako „złoty standard” w leczeniu żarłoczności psychicznej; zob. też: Romano, Halmi, Sarkar, Koke, Lee, 2002) lub inny lek z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitor*, SSRI) w przypadku, gdy fluoksetyna jest źle tolerowana przez pacjenta. Inną opcją jest zmiana fluoksetyny na inny lek z grupy SSRI lub z grupy inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (*Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor*, SNRI), gdy jest ona nieskuteczna. Klinicyści preferują w przypadku żarłoczności psychicznej leki z dwóch wyżej wymienionych grup ze względu na ich łagodne skutki uboczne, co odróżnia je od innych antydepresantów (choć i one w niektórych przypadkach mogą okazać się pomocne). Trójcykliczne antydepresanty oraz inhibitory monoaminoooksydazy stosuje się w wyjątkowych przypadkach, gdy symptomy choroby są odporne na leczenie lekami z grup: SSRI/SNRI lub gdy z żarłocznością psychiczną współwystępuje depresja, która nie zareagowała na SSRI/SNRI. Rekomenduje się, aby w leczeniu żarłoczności psychicznej unikać bupropionu, gdy tylko jest to możliwe, chociaż w pewnych sytuacjach jego zastosowanie może być brane pod uwagę, jednak koniecznie po szczegółowej rozmowie z pacjentem na temat potencjalnego ryzyka wynikającego z przyjęcia tego leku. Zaleca się także ostrożność w stosowaniu w leczeniu żarłoczności psychicznej stymulantów (np. ritalin, adderall), z powodu ich potencjalnego wpływu na tłumienie łaknienia, co może skutkować zaostrzeniem charakterystycznych dla zaburzeń odżywiania tendencji do ograniczania jedzenia. Zaleca się także ostrożność w podawaniu pacjentom z żarłocznością psychiczną anksjolityków, takich jak benzodiazepiny (np. lorazepam, klonazepam, alprazolam), które mogą czasowo łagodzić lęk, co teoretycznie mogłoby być korzystne dla afektywnej modulacji, lecz jednocześnie mogą spowodować zahamowanie behawioralne i zaostrzać takie objawy choroby jak objadanie się i przeczyszczanie (Broft, Berner, Walsh, 2010).

Farmakoterapia w zaburzeniu z napadami objadania się. Pionierskie badania nad rolą antydepresantów, leków przeciw otyłości oraz innych leków, oddziałujących na apetyt i wagę, wykazały, że sama farmakoterapia jest skuteczniejsza w porównaniu z placebo w redukowaniu częstości napadów objadania się. Reas i Grilo (2008) podkreślają, że skutkiem farmakoterapii są istotnie wyższe wyniki pod względem liczby remisji w porównaniu z placebo w perspektywie krótkoterminowej (48,7% vs. 28,5%). Jednak w sytuacji, gdy redukowanie napadów objadania się staje się głównym celem leczenia, wpływającym na decyzje klinicysty, niewskazane jest rozważanie farmakoterapii jako leczenia z wyboru w przypadku zaburzenia z napadami objadania się, gdyż istnieje ryzyko zaniedbania możliwości zastosowania CBT (Wilson i in., 2007). Dwa badania wykazały, że CBT jest bardziej efektywna w redukowaniu symptomów zaburzenia z napadami objadania się niż farmakoterapia (Grilo, Masheb, Wilson, 2005; Ricca i in., 2001). Niemniej jednak, farmakoterapia może być zastosowana z powodu dostępności, niskich kosztów, preferencji klinicysty i/lub pacjenta lub alternatywnych celów leczenia, takich jak: redukcja wagi lub leczenie współwystępujących zaburzeń psychicznych. Jak w przypadku wszystkich interwencji, potencjalne korzyści muszą być przeciwstawione potencjalnym czynnikom ryzyka, włączając w to negatywne skutki krótkoterminowe i długoterminowe oraz konsekwencje przerwania leczenia. Dowody, że antydepresanty, leki przeciwko otyłości oraz inne leki mogą łagodzić psychologiczne symptomy u pacjentów z zaburzeniem z napadami objadania się, są bardzo ograniczone. W przeciwieństwie do tego, istnieją znaczące dowody na to, że leki przeciwko otyłości oraz leki antykonwulsyjne (stosowane najczęściej u osób z padaczką), mogą mieć pozytywny wpływ na wagę u otyłych pacjentów z zaburzeniem z napadami objadania się. Niestety, badania pokazują, że utracona waga może ponownie ulec przyrostowi po przerwaniu farmakoterapii, nawet wówczas, gdy utrzymują się korzystne efekty w zakresie napadów objadania się. Ograniczony entuzjazm dotyczący stosowania antydepresantów, leków przeciwko otyłości oraz innych leków u pacjentów z zaburzeniem z napadami objadania się wynika przede wszystkim z niewielkiej liczby badań, zwłaszcza długofalowych. Chociaż istnieją dowody na to, że farmakoterapia jest bardziej skuteczna niż placebo w redukcji częstości napadów objadania się, obecna literatura wskazuje, że leki nie zwiększają efektywności CBT oraz innych psychospołecznych interwencji w redukowaniu napadów objadania się i towarzyszących im psychologicznych symptomów. W przypadku pacjentów uzyskujących wsparcie psychospołeczne, pewne leki (przeciwko otyłości, antykonwulsyjne) mogą wspomagać utratę wagi, gdy organizm pacjenta je toleruje, jednak istnieje niewiele dowodów na dodatkowe korzyści wynikające z ich stosowania (np. dotyczące poprawy w zakresie napadów objadania się czy psychologicznych symptomów; Bodell, Devlin, 2010). Warto zwrócić uwagę na kilka dodatkowych

aspektów stosowania leków w zaburzeniu z napadami objadania się. Po pierwsze, jest możliwe, że istnieje subgrupa wśród pacjentów z tym zaburzeniem, która może dobrze reagować na CBT wspieraną farmakoterapią. Po drugie, mogą istnieć pacjenci, którzy chociaż nie reagują na CBT czy inne typy psychoterapii, mogliby z zastosowania psychoterapii odnieść wymierne korzyści po włączeniu farmakoterapii. Oczywiście pacjenci, u których zmniejszyła się częstotliwość napadów objadania się, lecz waga nie uległa znaczącemu obniżeniu, mogliby wówczas skorzystać z rozważenia innych dostępnych opcji leczenia otyłości, takich jak: behawioralne metody obniżenia wagi, farmakoterapia, interwencje chirurgiczne. Wreszcie, po czwarte, jest możliwe, że farmakoterapia może pełnić ważną rolę w pomocy tym pacjentom, u których nastąpił nawrót choroby po początkowej pozytywnej reakcji na psychoterapię czy poradnictwo behawioralne. Niewątpliwie istnieje pilna potrzeba długofalowych badań na dużych grupach chorych, aby rozstrzygnąć te trudne kwestie i odkryć potencjalne korzyści z zastosowania farmakoterapii w postępowaniu z behawioralnymi, somatycznymi i psychologicznymi aspektami zaburzenia z napadami objadania się (Bodell, Devlin, 2010).

Inne rodzaje leczenia stosowane u osób z zaburzeniami odżywiania

Psychodynamiczna psychoterapia zaburzeń odżywiania. Terapia psychodynamiczna stanowi unikalne podejście do leczenia pacjentów z zaburzeniami odżywiania, ponieważ podkreśla znaczenie subiektywnego doświadczenia. Z tego względu, że obserwacje klinicystów wskazują, iż wielu pacjentów z zaburzeniami odżywiania nie uzyskuje poprawy w wyniku krótkoterminowych, behawioralnych terapii lub farmakoterapii, powinno się rozważać programy leczenia, które są dostosowane do pracy z tematami dotyczącymi relacji interpersonalnych oraz tych deficytów, które stoją na przeszkodzie rozwojowi pacjenta. Celem psychoterapii psychodynamicznej jest eksploracja i korygowanie interpersonalnych oraz intrapsychicznych problemów pacjenta w relacji z terapeutą, ze szczególnym akcentem położonym na autodestrukcyjną funkcję symptomów i poprawę jego jakości życia. Pacjenci uczestniczący w tego typu terapii powinni także odkryć na nowo siłę ego, na której muszą się oprzeć, stawiając czoła wszechogarniającym, często nieuświadomianym lękom, ustalając lepsze interpersonalne granice w ich codziennym życiu i reagując konstruktywnie na własne impulsy i afekty. Praca z pacjentem w tym ujęciu wychodzi poza jego bieżące problemy ku szczegółom z historii jego życia. Terapia psychodynamiczna ma charakter długoterminowy (trwa przynajmniej rok, najczęściej jednak – 2–4 lata) ze względu na ilość czasu, jaka jest potrzebna do odkrycia i przepracowania kluczowych danych. Z kolei te dane są potrzebne do zrozumienia specyficznych indywidualnych

i rodzinnych dynamik, leżących u podłoża najczęściej trwającego od wielu lat zaburzenia odżywiania. Nie ma dwóch tych samych przypadków, historii, dlatego proces psychodynamiczny musi być przystosowany do trudnych problemów, ale i zasobów, jakie pacjent wnosi w proces terapeutyczny. Współcześni terapeuci psychodynamiczni opierają się na coraz bardziej rozszerzającej się liczbie teorii i badań. Większość terapeutów z tego nurtu „zapożycza” i łączy techniki terapeutyczne pochodzące z różnych podejść i szkół, które powstawały na bazie psychoanalizy przez ostatnie 120 lat. Poza klasyczną psychoanalizą i współczesnymi podejściami do niej, warto wymienić psychologię ego, teorię relacji z obiektem czy teorie przywiązania. Pomimo różnic między tymi ujęciami, wszystkie one analizują odczucia, spostrzeżenia, wspomnienia, fantazje, pragnienia, konflikty i obrony pacjentów z zaburzeniami odżywiania, a wreszcie relacje, jakie mają oni ze sobą oraz z innymi. Podkreśla się w nich również, że terapeuta powinien towarzyszyć pacjentom w stawianiu czoła ich patologicznemu stosunkowi do jedzenia, ciała i do nich samych. Celem psychoanalizy, od początku jej powstania, było uczynić to, co nieświadome – świadomym i ten cel jest nadal aktualny, gdyż podczas terapii pacjent odkrywa głęboko ukryte, toksyczne czynniki, które odgrywają kluczową rolę w utrzymywaniu się symptomów. Ponadto zaczyna je w większym niż dotychczas stopniu kontrolować. Wykorzystując przeniesienie i przeciwprzeniesienie, zarówno pacjenci, jak i terapeuci poznają subiektywne doświadczenie, interakcje interpersonalne i potencjalne pułapki, które często sprawiają, że życie pacjenta ulega swoistemu „wykolejeniu” (Zerbe, 2010, s. 340). Aby zwiększyć dobrostan pacjenta i przeciwdziałać wypaleniu terapeuty, podczas pracy z pacjentami, szczególnie tymi trudniejszymi, na przykład z dużym oporem, konieczne jest poddanie dekonstrukcji matrycy „przeniesienie–przeciwprzeniesienie”, co stanowi podstawę dla zrozumienia jednostki i tego, co może stawać na drodze do jej częściowego lub całkowitego wyzdrowienia. Ponieważ zaburzenia odżywiania należą do grupy najbardziej zagrażających życiu zaburzeń psychicznych, wywołują one silne emocje wśród członków zespołu klinicznego. Te emocje muszą być zrozumiane i przepracowane, aby można było towarzyszyć pacjentowi w przeciwdziałaniu zachowaniom autodestrukcyjnym.

Zasady i metody terapii psychodynamicznej można krótko określić jako metodę odkrywania unikalnej siły i pułapek, które towarzyszą wspólnej pracy „terapeutycznej pary”. W odniesieniu do leczenia pacjenta z zaburzeniem odżywiania, w szczególności praca z matrycą „przeniesienie–przeciwprzeniesienie” dostarcza środków do towarzyszenia pacjentowi w pracy z autoreprezentacjami, cechami osobowości, obrazem ciała, współwystępującymi symptomami, historiami rodzinnymi oraz indywidualnymi metaforami dotyczącymi pokarmu, czynności jedzenia i rytuałów związanych z posiłkami. Podczas terapii psychodynamicznej mają miejsce: praca

z projekcją i projekcyjną identyfikacją, konfrontacja z narcystyczną samowystarczalnością, eksplorowanie psychologicznego znaczenia pokarmu i czynności jedzenia oraz stawianie czoła nadmiernym: wstydom i poczuciu winy. Terapeutyczna diada stanowi środowisko, w którym jest możliwa eksploracja wielowymiarowych aspektów wykorzystywania (np. fizycznego), deficytów powstałych podczas wczesnego dzieciństwa oraz psychologicznej i psychofizjologicznej regulacji (Zerbe, 2010).

Warto podkreślić, że obecnie w leczeniu zaburzeń odżywiania (jak i szeregu innych zaburzeń psychicznych) stosuje się ogniskową terapię psychodynamiczną (*Focal Psychodynamic Therapy*, FPT; Friederich, Herzog, Wild, Zipfel, Schauenburg, 2014; Zipfel i in., 2015). Ta terapia analizuje sposób, w jaki negatywne skojarzenia dotyczące relacji z ludźmi oraz zaburzenia afektu oddziałują na przetwarzanie emocji przez pacjenta. Kluczową rolę w FPT odgrywa relacja między terapeutą a pacjentem. Terapia psychodynamiczna przeznaczona jest dla pacjentów z jądłowstrętem psychicznym, u których wskaźnik BMI przekracza 15. Na początku FPT terapeuta przeprowadza psychodynamiczny wywiad diagnostyczny. Terapia psychodynamiczna składa się z trzech faz obejmujących 40 sesji. Pierwsza faza koncentruje się na relacji terapeutycznej, zachowaniach proanorektycznych oraz na egosyntonicznych przekonaniach pacjenta i jego samoocenie. Druga faza dotyczy ważnych relacji pacjenta z innymi osobami oraz związku między tymi relacjami a nieprawidłowymi zachowaniami związanymi z jedzeniem. Podczas trzeciej fazy pacjent wprowadza zmiany w codzienne życie, a także analizuje bliską perspektywę zakończenia terapii. Przed każdą sesją pacjent jest ważony i ta informacja zostaje umieszczona w dokumentacji medycznej (Friederich i in., 2014). Wyniki badań wykazały, że FPT jest skuteczną formą leczenia pacjentów z zaburzeniami odżywiania i efektywnością dorównuje takim terapiom, jak: CBT-E, terapia poznawczo-analityczna (*Cognitive Analytic Therapy*, CAT) czy terapia rodzinna (np. Wild i in., 2016; Zipfel i in., 2014).

Wiele stacjonarnych i szpitalnych programów leczenia zaburzeń odżywiania obejmuje indywidualne i grupowe podejścia, które obejmują perspektywę psychodynamiczną, chociaż większość z nich ma charakter krótkoterminowy, koncentruje się na medycznych konsekwencjach i kontroli symptomów. Ponadto zazwyczaj skupiają się one na edukacyjnych i poznawczo-behawioralnych metodach stabilizacji pacjenta i zapobieganiu nawrotom. To zintegrowane i wielodyscyplinarne podejście jest bardzo obiecujące dla chorych, przy czym większość terapeutów psychodynamicznych włącza elementy metod opartych na dowodach naukowych (np. farmakoterapię, strategie behawioralne, prace domowe) do bardziej zorientowanego na wgląd, eksploracyjnego procesu psychoterapeutycznego. Istnieją także nowatorskie podejścia łączące terapię psychodynamiczną z innymi rodzajami terapii, na przykład wspomniana wyżej

CAT, która powstała w oparciu o założenia terapii psychodynamicznej i CBT (Dennan, 2001). Głównym celem CAT w przypadku zaburzeń odżywiania jest zmiana negatywnych zachowań pacjenta na zachowania bardziej konstruktywne, wolne od zaburzonych postaw wobec jedzenia, kształtu i wagi ciała oraz rozpoznanie przez niego własnych, mocnych stron. CAT składa się z trzech etapów, są to: przeformułowanie, które polega na analizie przeszłych doświadczeń wyjaśniających rozwinięcie przez pacjenta niezdrowych wzorów zachowania i myślenia; identyfikacja, czyli rozpoznanie przez pacjenta, jak te wzorce przyczyniają się do rozwoju zaburzenia odżywiania i rewizja, czyli identyfikacja zmian, które mogą je przerwać (np. Treasure, Ward, 1999; zob. też: Starzomska, Wilkos, Kucharska, 2018b). Ponadto terapię psychodynamiczną z powodzeniem można łączyć z psychodramą (Izydorczyk, 2010, 2017) i arteterapią (Levens, 1995).

Terapia zaburzeń obrazu ciała w zaburzeniach odżywiania. Obraz ciała jest wielowymiarowym konstruktem, złożonym z percepcyjnych, afektywnych i poznawczych komponentów. Zatem obejmuje on percepcję rozmiaru i kształtu ciała, zadowolenie z wyglądu, ocenę ciała, lęki jego dotyczące i niechęć do niego, wreszcie znaczenie wagi i kształtu ciała (Thompson i in., 1999). Koncentracja jednostki na obrazie ciała może dotyczyć całego ciała lub określonych jego rejonów. Obraz ciała może być pozytywny, wtedy ciało jest źródłem radości i satysfakcji, ale gdy mają miejsce zaburzenia jego obrazu, towarzyszą im skrajnie negatywne emocje, lęk, smutek, awersja. Gdy mówimy o wielowymiarowej naturze obrazu ciała, a co za tym idzie – o wielowymiarowym podejściu do leczenia zaburzeń w tym obszarze, powinniśmy nawiązać do szerokiej rangi negatywnych doświadczeń związanych z ciałem, określanych jako *niezadowolenie z ciała* (zob. też: Głębocka, 2009). To pojęcie jest często analizowane w kontekście zaburzeń odżywiania z dwóch powodów. Po pierwsze, niezadowolenie z ciała jest jednym z najistotniejszych czynników ryzyka rozwinięcia zaburzeń odżywiania zarówno w kulturach zachodnich, jak i w krajach rozwijających się (np. Neumark-Sztainer, Paxton, Hannah, Haines, Story, 2006). Stice (2002) uznał niezadowolenie z ciała za ważny czynnik utrzymujący zaburzenia odżywiania. Im jest ono silniejsze, tym większe jest ryzyko ich nawrotu. Po drugie, zaburzenia obrazu ciała stanowią kluczowe kryterium diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego i żarłoczności psychicznej (DSM-V, 2013) oraz uważa się je za ważny aspekt zaburzenia z napadami objadania się (Masheb, Grilo, 2003). Należy podkreślić, że chociaż wielu ludzi odczuwa niezadowolenie z ciała, rzadko osiąga ono takie nasilenie, jak w przypadku zaburzeń odżywiania. Zaburzenia w spostrzeganiu ciała czy nadmierne przypisywanie znaczenia kształtowi i wadze ciała w przebiegu jadłowstrętu psychicznego i żarłoczności psychicznej stanowią kluczowy objaw zaburzeń

odżywiania i zarazem ważny czynnik utrzymujący je (np. Fairburn i in., 2003). Zatem poza niezadowoleniem z ciała, u osób z zaburzeniami odżywiania często występują poznawczo-ewaluatywne zaburzenia obrazu ciała. Wykazano, że nadmierne przypisywanie znaczenia kształtowi i wadze ciała jest silniej związane z samooceną niż niezadowolenie z ciała (Masheb, Grilo, 2003) i odróżnia ono osoby z zaburzeniami odżywiania od osób, które nie cierpią na nie (Grilo i in., 2008). Zmniejszenie niezadowolenia z ciała i, związanych z tym niezadowoleniem, zniekształceń percepcji i myśli jest kluczowe dla pomyślnego zakończenia leczenia osób z zaburzeniami odżywiania. Podkreśla się ogromne znaczenie leczenia zaburzeń obrazu ciała w tej grupie klinicznej. Ważne jest odnalezienie czynników ryzyka niezadowolenia z ciała i czynników utrzymujących je. Należy dodać, że interwencje ukierunkowane na redukcję niezadowolenia z ciała często stanowią element programu CBT (zob. też: Pellizzer, Waller, Wade, 2018).

Na powstanie i utrzymywanie się niezadowolenia z ciała wpływają czynniki: socjokulturowe (powszechne przekonanie, że idealne ciało powinno być szczupłe w przypadku kobiet i dobrze umięśnione w przypadku mężczyzn oraz dyskryminacja osób, które nie spełniają tych warunków), indywidualne (związane z temperamentem) i fizyczne (Wertheim, Paxton, Blaney, 2009). Duże znaczenie w redukowaniu niezadowolenia z ciała mogą mieć interwencje, których celem jest zmniejszenie tendencji do porównań społecznych w zakresie wyglądu, zwłaszcza nie lubianych przez pacjenta części ciała. Uważa się, że unikanie i sprawdzanie ciała stanowią dwie formy behawioralnej ekspresji niezadowolenia z ciała, które mogą przyczyniać się do nasilenia tego ostatniego (Shafran, Lee, Payne, Fairburn, 2007). Unikanie ciała dotyczy zachowań, których celem jest zabezpieczenie się przed sytuacjami wywołującymi troskę o wygląd bądź unikanie ich. Do takich zachowań zaliczamy: unikanie ważenia się, ignorowanie lub zasłanianie luster, nakładanie luźnych ubrań oraz unikanie sytuacji, w których dana osoba mogłaby być dokładnie oceniana pod względem wyglądu (np. Shafran, Fairburn, Robinson, Lask, 2004). Z kolei sprawdzanie ciała polega na krytycznej, drobiazgowej ocenie rozmiaru, kształtu i wagi własnego ciała, włączając w to przeglądanie się w lustrze czy nakładanie przylegającej do ciała, obcisłej odzieży w celu oszacowania, czy rozmiar ciała uległ zmianie, próbach dotknięcia kości przez skórę, poszukiwaniu potwierdzenia ze strony innych ludzi co do kształtu ciała i porównywanie się z nimi (Shafran, Lee, Payne i in., 2007). Nasilone unikanie ciała, jak i jego sprawdzanie, cechują osoby z zaburzeniami odżywiania (Shafran i in., 2004). Warto dodać, że unikanie ciała może zabezpieczać chorych przed brakiem potwierdzenia dla ich irracjonalnych przekonań dotyczących jego wagi i kształtu (Reas, Grilo, Masheb, Wilson, 2005). Z kolei sprawdzanie ciała może zwiększać niezadowolenie z niego, poczucie, że jest

się otyłym, a u zdrowych kobiet może powodować negatywne myślenie jego dotyczące (Shafran, Lee, Payne i in., 2007) i nasilać ograniczenia dietetyczne (Mountford, Haase, Waller, 2006). Wykazano, że leczenie, które redukuje te zachowania, łagodzi niezadowolenie z ciała. Mountford i in. (2006) przypuszczają, że kwestionowanie przekonań, które leżą u podłoża unikania i sprawdzania ciała, przy wykorzystaniu eksperymentów behawioralnych, może pomóc osobom z zaburzeniami odżywiania w uświadomieniu sobie nieadekwatności tych przekonań. Ekspozycja z użyciem lustra jest jednym z często przeprowadzanych eksperymentów, które redukuje niezadowolenie i ciała (Delinsky, Wilson, 2006). Wyższy Body Mass Index (BMI) jest uważany na prospektywny czynnik ryzyka rozwinięcia niezadowolenia z ciała u kobiet i mężczyzn (Paxton, Eisenberg, Neumark-Sztainer, 2006), co nie powinno dziwić w kontekście współczesnej kultury, zwłaszcza zachodniej, która wysoko ceni szczupłość. Zatem radzenie sobie z rozbieżnością między socjokulturowymi standardami dotyczącymi ciała i rzeczywistością powinno stanowić główny cel leczenia wielu kobiet, które cechuje silne niezadowolenie z ciała – bez względu na to, czy w jego trakcie większy nacisk kładzie się na dbałość o zdrową wagę, czy na akceptowanie własnego ciała, pomimo kulturowej presji w kierunku szczupłości. Jeden z aspektów obrazu ciała, percepcja rozmiaru ciała, szczególnie zaś przeszacowywanie tego rozmiaru, często wiąże się z symptomatologią zaburzeń odżywiania (Farrell, Lee, Shafran, 2005). Na podstawie przeprowadzonych badań, pomimo tego, że ich wyniki są często niejednoznaczne, można wysunąć wniosek, że pacjenci z zaburzeniami odżywiania nie przejawiają sensorycznych deficytów, przyczyniających się do zaburzeń obrazu ciała, natomiast w porównaniu ze zdrowymi osobami, pacjenci ci mają tendencję do przeszacowywania rozmiaru ciała (Farrell i in., 2005). Wydaje się, że może być ono raczej przejawem niezadowolenia z ciała niż czynnikiem przyczyniającym się do tego ostatniego (Mussap, McCabe, Ricciardelli, 2008). W tym ujęciu przeszacowywanie rozmiaru ciała powinno się zmniejszać wraz z postępami w leczeniu zaburzeń odżywiania (Farrell i in., 2005). Niestety nadal rola przeszacowywania rozmiaru ciała pozostaje niejasna, chociaż jest możliwe, że to ono przyczynia się do rozwinięcia przez daną osobę zaburzenia odżywiania. W tym kontekście leczenie powinno być zorientowane na problem zaburzeń obrazu ciała, szczególnie u pacjentów z jądłowstrętem psychicznym (Rushford, Ostermeyer, 1997). Wreszcie różne zmienne psychologiczne i temperament wiążą się z rozwojem i utrzymywaniem się zaburzeń odżywiania. Niska samoocena i depresja nasilają niezadowolenie z ciała, być może w wyniku zgeneralizowanego negatywnego poglądu na Ja, który obejmuje także negatywne postrzeganie własnego wyglądu (Paxton i in., 2006). Chociaż jest wysoce prawdopodobne, że perfekcjonizm jest związany z niezadowoleniem z ciała, wzajemne relacje tych dwóch zmiennych

nadal nie zostały wyjaśnione (Downey, Chang, 2007). W kontekście relacji między perfekcjonizmem, niską samooceną, nastrojem depresyjnym i niezadowoleniem z ciała (Dunkley, Grilo, 2007), interwencje ukierunkowane na te problemy mogą okazać się efektywne w poprawie obrazu ciała u osób z zaburzeniami odżywiania (zob. też: Józefik, 1999). Warto dodać, że w ostatnich latach obiecujące okazały się próby leczenia zaburzeń obrazu ciała w ramach terapii wirtualnej (Starzomska, 2006a).

Reasumując, interwencje dotyczące niezadowolenia z ciała należy traktować jako kluczowe w leczeniu zaburzeń odżywiania, ponieważ niezadowolenie z ciała, silne poznawczo-ewaluatywne troski jego dotyczące i zaburzenia jego percepcji często leżą u podłoża tych zaburzeń. Dokładna analiza czynników, które utrzymują niezadowolenie z ciała u chorego, może pomóc w wyjaśnieniu specyficznych zachowań, myśli i spostrzeżeń, na których powinna się koncentrować terapia. Interwencje te powinny być dostosowane do potrzeb pacjenta tak, aby maksymalizowały wyniki leczenia. Ponadto jako imperatyw należy traktować intensywne badania w tym obszarze, co umożliwiłoby aplikację odpowiednich technik terapeutycznych (Paxton, McLean, 2010).

Nowatorskie interwencje, które mogą wspomagać leczenie ciężkich i chronicznych zaburzeń odżywiania. Treasure i in. (2015) wymieniają, poza CRT, kilka nowatorskich podejść, które mogą być wykorzystane w leczeniu ciężkich i chronicznych zaburzeń odżywiania. Ich celem jest redukcja wpływu czynników utrzymujących chorobę (zob. też: Turton, Bruidegom, Cardi, Hirsch, Treasure, 2016). Zostały one przedstawione poniżej.

– Krótkie wideo-klipy

Prezentację krótkich wideo-klipów (przyjemne obrazy i teksty, którym towarzyszy relaksacyjna muzyka) stosuje się, aby wywołać pozytywny nastrój oraz zwiększyć motywację do wyleczenia u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym. Jest to połączenie muzykoterapii (pozytywnie wpływającej na funkcjonowanie psychiczne), pracy z wyobraźnią (która sprawia, że u pacjenta pojawiają się specyficzne myśli, uczucia i zachowania związane z jedzeniem, a z kolei one modyfikują wzory zachowań w tym obszarze) oraz indukowania pozytywnych emocji (które odbudowują samoregulację oraz psychiczny i fizyczny dobrostan).

– Implementacja intencji

To oparte na realizacji celów podejście do zmiany nawyków obejmuje planowanie, kiedy i jak jednostka zaangażuje się w pożądane zachowanie, na przykład zaleca się, aby pacjent, który kupuje produkty żywnościowe stosowane w przebiegu napadów objadania się, zmienił supermarket, do którego zwykł dotychczas chodzić.

Na gruncie klinicznym ta metoda była stosowana w celu rozwinięcia zdrowszych wzorów jedzenia i w wspomaganiu utraty wagi u pacjentów cierpiących na otyłość, niestety nie stosowano jej u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym i żarłocznością psychiczną.

– Ekspozycja

Metoda ekspozycji opiera się na przemyślanej i zaplanowanej ekspozycji na bodziec wywołujący lęk lub jego reprezentację w bezpiecznym środowisku. Celem tej metody jest konfrontacja z bodźcem w celu: (1) nauczenia się, że nie sygnalizuje on niebezpieczeństwa oraz (2) rozwinięcia efektywnych strategii radzenia sobie z lękiem. Udowodniono, że to podejście jest efektywne w leczeniu szerokiej rangi zaburzeń psychicznych, które często współwystępują z zaburzeniami odżywiania, takich jak: fobia społeczna czy zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne.

– Trening hamowania

Ta metoda ukierunkowana jest na redukcję działań impulsywnych, takich jak na przykład utrata kontroli nad jedzeniem, poprzez wzmacnianie procesów hamowania. Może być ona użyteczna w leczeniu pacjentów z żarłocznością psychiczną. W ich przypadku trening mógłby pomóc w zwiększeniu kontroli hamowania spożywania bardzo smacznych pokarmów (np. deserów czy przekąsek), które zazwyczaj podlegają konsumpcji podczas epizodów objadania się. W ramach treningu stosuje się m.in. zadanie „idź/nie idź” oraz zadanie „stopu”.

– Zakłócenia wyobraźni skoncentrowanej na pragnieniu jedzenia

Pragnienie jedzenia traktuje się jako przyczynę napadów objadania się u osób otyłych i u pacjentów z żarłocznością psychiczną. Jedną z technik „zakłócających wyobraźnię”, opartą na aplikacji mobilnej, zachęca uczestników do wykonania 10-sekundowego zadania wizualizacji podczas doświadczania pragnienia jedzenia. Uczestnicy są proszeni, aby zanotować, czy spożyli zdrową, czy niezdrową przekąskę po wykonaniu zadania lub czy ich pragnienie jedzenia zostało wygaszone. Okazało się, że ta metoda znacząco redukuje ilość spożywanych przez badanych niezdrowych przekąsek podczas jednego tygodnia. Ponadto badani przyznali, że ta interwencja pomogła im w poprawie nastroju i w zwiększeniu samokontroli nad przyjmowaniem pokarmów (Hsu i in., 2014).

– Wykorzystanie stymulacji mózgu w celu zmiany czynników, które utrzymują chorobę

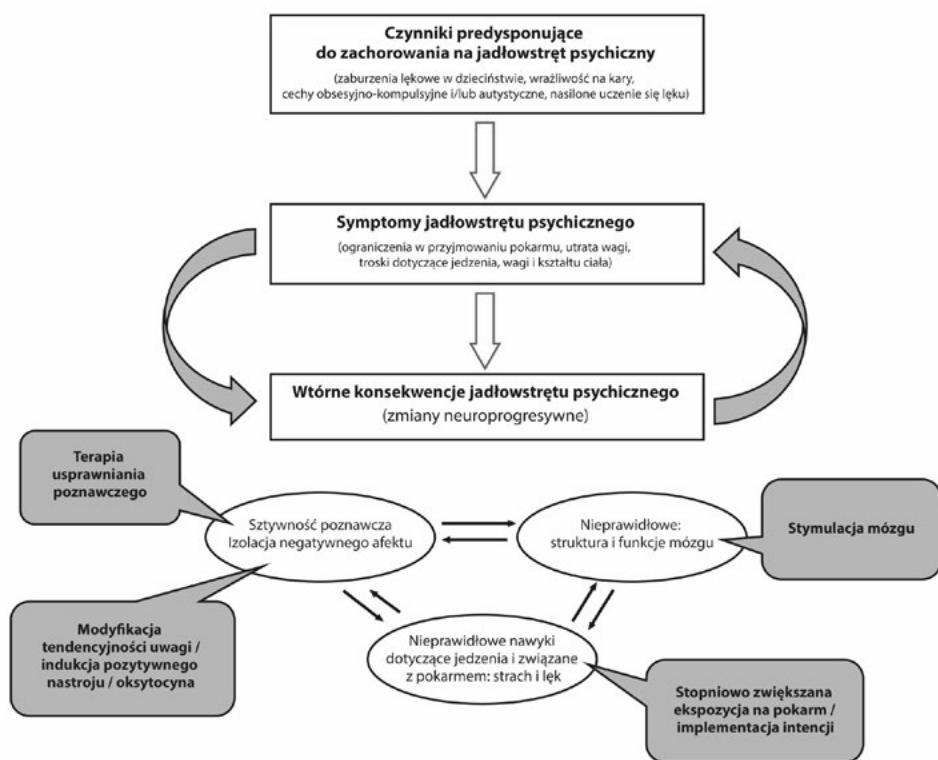
Neuromodulacja polega na głębokiej stymulacji mózgu, przezczaszkowej stymulacji magnetycznej, czy bezpośredniej przezczaszkowej stymulacji prądowej. Okazała się być niedestrukcyjną, dostosowaną do pacjenta i odwracalną (jeśli chodzi o konsekwencje) metodą zmiany funkcjonowania obwodów mózgowych. W przypadku osób z zaburzeniami odżywiania neuromodulacji podlegają obwody mózgowe

należące do układu nagrody, a także obwody mózgowe zaangażowane w regulację nastroju oraz hamowanie reakcji.

– Trening uwagi (*Cognitive Bias Modification, CMB*)

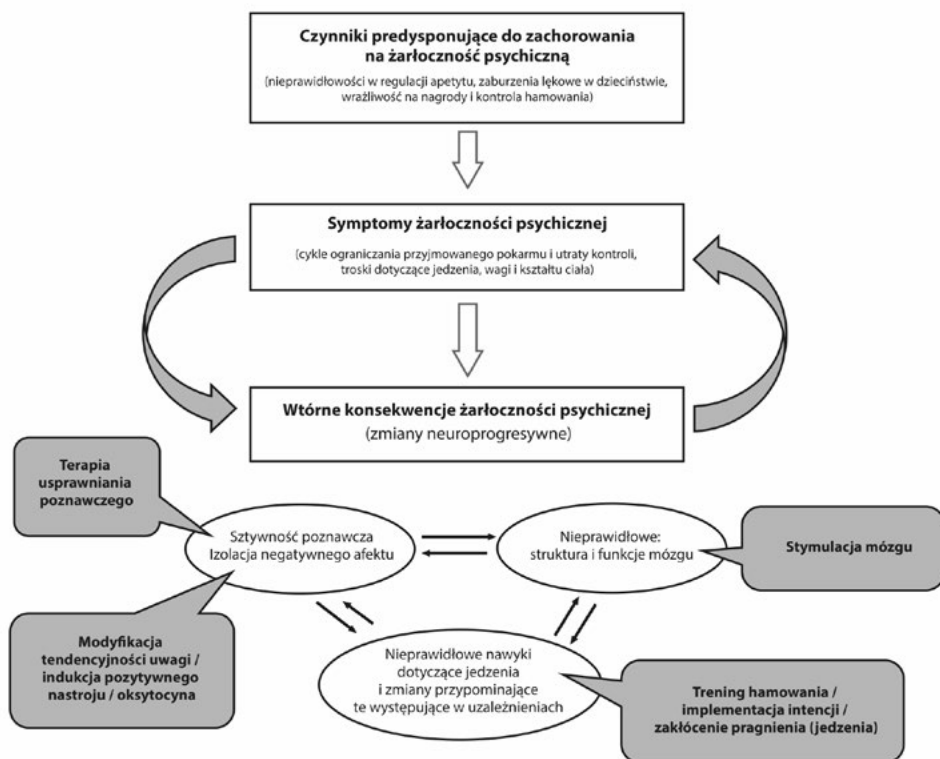
Ten typ oddziaływania zostanie szczegółowo scharakteryzowany w innym miejscu książki, poświęconym Treningowi Modyfikacji Tendencji Uwagi (*Attention Bias Modification Treatment, ABMT*).

Rysunki 4 i 5 prezentują propozycję zastosowania wyżej opisanych nowatorskich interwencji w leczeniu ciężkich i chronicznych: jadłowstrętu psychicznego (rysunek 4) i żarłoczności psychicznej (rysunek 5).



Rysunek 4. Propozycja zastosowania nowatorskich interwencji w przypadku jadłowstrętu psychicznego o ciężkim i chronicznym przebiegu.

Źródło: Treasure i in., 2015, s. 459. Zaadaptowano za zgodą Wydawnictwa Elsevier.



Rysunek 5. Propozycja zastosowania nowatorskich interwencji w przypadku żarłoczości psychicznej o ciężkim i chronicznym przebiegu.

Źródło: Treasure i in., 2015, s. 460. Zaadaptowano za zgodą Wydawnictwa Elsevier.

Przymusowe leczenie osób z jadłowstrętem psychicznym, które odmawiają leczenia i których życie jest zagrożone z powodu wyniszczenia

Thiels i Paul (2007) opublikowali następujące wskazówki, mające pomóc klinicy-
stom w postępowaniu w przypadku przymusowego przyjęcia do szpitala negatywnie
nastawionego do leczenia pacjenta z jadłowstrętem psychicznym:

1. Przymus nie wyklucza psychoterapii;
2. Kurator powinien być przydzielony pacjentowi na okres 3–6 miesięcy;
3. Kryterium przymusowego leczenia powinno stanowić BMI niższe niż 13 kg/m², gdyż wówczas istnieje ryzyko śmierci. Oczywiście ten wskaźnik

jest jednym z wielu, gdyż podczas podejmowania decyzji o przymusowym leczeniu powinno się brać pod uwagę również: tendencje samobójcze, zaburzenie równowagi elektrolitowej czy arytmie serca;

4. Przymusowe leczenie powinno być jak najmniej restryktywne i jak najkrótsze. Jeśli jednak jest podejmowane, powinno być oparte o relację terapeutyczną i przeprowadzone we wspierającym środowisku, aby jego efekt był jak najlepszy;
5. Podczas leczenia powinny być wykorzystane wszelkie metody zachęcenia pacjenta do jedzenia bez stosowania przymusu;
6. Chociaż powinna być wykorzystana każda metoda zachęcenia pacjenta do samodzielnego jedzenia, ten cel, wraz z przyrostem wagi, nie powinien być postawiony w centrum uwagi;
7. Pacjenci powinni być leczeni z poszanowaniem ich godności i z szacunkiem oraz z uwzględnieniem ich wrażliwości, szczególnie w obszarze samooceny;
8. Jeśli tylko jest to możliwe, w leczenie powinna być włączona rodzina;
9. Celem leczenia nie jest przyrost wagi, a raczej stworzenie opartej na współpracy terapeutycznej relacji bez konieczności użycia przymusu.

Nie ma wątpliwości, że ci pacjenci z jadłowstrętem psychicznym, którzy otrzymali leczenie w warunkach przymusu prawnego, są przekonani, że ten fakt miał wpływ na ich życie. Mówią oni o lęku, złości, żalu, urazie i poczuciu bezradności. Warto jednak podkreślić, że temu negatywnemu obrazowi powinna towarzyszyć wiedza, że wielu pacjentów wierzy, iż było to doświadczenie, które wyzwoliło w nich „konieczną zgodę” na akceptację zmiany i leczenia. Niestety, takie „retrospektywne podziękowania” są rzadkością. Czy zatem prawo może pomóc w leczeniu pacjentów z jadłowstrętem psychicznym? Chociaż nie można mówić o doniesieniach naukowych w tym obszarze, wydaje się ono odgrywać konstruktywną rolę w nadzorowaniu przymusowego leczenia i leczeniu oraz zapewnianiu lub pomijaniu zgody, a także może odgrywać bardziej ogólną rolę w ustalaniu struktury, chroniącej prawa pacjenta (Carney i in., 2006). Leczenie pacjenta z jadłowstrętem psychicznym powinno być oparte na współpracy, aby zapewnić lepszą ochronę jego praw, przy jednoczesnym usprawnieniu funkcjonowania środowiska terapeutycznego. Ponadto takie podejście stosuje się po to, aby chory był zdolny do dokonywania dojrzałych wyborów, oraz aby był on bardziej zaangażowany w leczenie, które powinno przebiegać w jak najmniej restryktywnym środowisku. Jeśli wymienione wyżej zasady zostaną zatwierdzone i będą respektowane, pojawi się szansa, że konieczność przymusowego leczenia będzie coraz bardziej zanikała. Jednakże, zanim to się stanie, pomoc pacjentowi z ostrą i oporną postacią jadłowstrętu psychicznego w powrocie

do zdrowia powinna ustępować kwestii autonomii. Thiels (2008) podsumował ten dylemat następująco:

Zatem, przymusowe leczenie pacjentów z ostrym jadłowstrętem psychicznym jest etycznie uzasadnione, może być konieczne i powinno być uregulowane prawnie. Kiedy pacjent jest przyjęty na oddział leczenia zaburzeń odżywiania, dla poprawy jego stanu jest potrzebne i zwykle okazuje się możliwe zapewnienie mu opieki ze strony personelu bez konieczności przymusowego karmienia (...) (s. 498; zob. też: Starzomska, 2006b, 2006c).

Obecnie zasady przyjęcia pacjenta na oddział psychiatryczny bez jego zgody są określone w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 roku. Przymusowa hospitalizacja dotyczyć może wyłącznie osób chorych psychicznie, czyli takich, które wykazują zaburzenia psychotyczne oraz upośledzonych umysłowo lub wykazujących tzw. „inne zakłócenia czynności psychicznych”. Jadłowstręt psychiczny nie spełnia tych warunków z wyjątkiem sytuacji, gdy towarzyszą mu także objawy depresji lub urojenia (np. Melamed i in., 2003; Miotto i in., 2010; Moryłowska-Topolska i in., 2017; Seeman, 2014; Żechowski, 2008b). Innym rozwiązaniem, które może uratować życie wyniszczonego pacjenta, jest jego przyjęcie na oddział somatyczny. Taką decyzję można jednak podjąć dopiero w sytuacji bezpośredniego zagrożenia utraty życia. Niestety pacjent odczuwa taką interwencję jako zagrożenie swojego elementarnego prawa do samostanowienia, zwłaszcza że nierzadko elementem takiego leczenia jest przymusowe karmienie (Starzomska, 2006b, 2006c; Tylec, Olajossy, Dubas-Ślęmp, Spsychalska, 2013).

UWAGA I JEJ TENDENCYJNOŚĆ

Definiowanie uwagi

„Uwaga jest pojęciem, które wróciło do psychologii po długim okresie banicji. Wyrzucona przez behawioryzm ze słownika psychologicznego (jako termin »mentalistyczny«) uwaga stała się jednym z głównych pojęć psychologii poznawczej” (Nęcka, 2000, s. 77). Według Jaśkowskiego (2009), „uwagę tak jak wzrok, możemy przesuwac z miejsca na miejsce” (s. 107). Warto w tym miejscu wspomnieć, że Jaśkowski (2009) nazywa ruchy gałek ocznych „prekursorami uwagi” (s. 127). Według tego badacza, który opiera się na wypowiedzi Yarbusa z 1967 roku, sposób, w jaki czy skanują obraz, na jakich obiektach się często zatrzymują, zależy w dużej mierze od tego, co nas interesuje. Ruchy oczu są zatem przejawem aktywnej eksploracji pola widzenia, motywowanej intencjami i celami, które chcemy osiągnąć (Jaśkowski, 2009). Kiedy mówimy, że skupiamy na czymś uwagę, mamy na myśli sytuację, w której odseparowujemy się od zdarzeń oraz informacji nieistotnych. Zatem wspólną cechą mechanizmów poznawczych, które składają się na uwagę, czyli jej głównym zadaniem, jest selekcja – „zdolność pozwalająca na wybieranie ważnych informacji lub działań oraz odrzucanie innych” (Jaśkowski, 2009, s. 107). Selekcja ta jest następstwem ograniczeń aparatu poznawczego, ponieważ nie jesteśmy w stanie przetwarzać wszystkich przychodzących informacji jednocześnie (Jaśkowski, 2009). Według Nęcki (2000) „uwaga jest mechanizmem redukcji nadmiaru informacji” (s. 77), zatem jest ona „mechanizmem odpowiedzialnym za redukcję informacji docierających do organów zmysłów” (s. 95) i jest to „system odpowiedzialny za selekcję informacji i zapobieganie negatywnym skutkom przeładowania systemu poznawczego przez nadmiar danych” (Nęcka, Orzechowski, Szymura, 2006, s. 178). Według Nęcki (2000) „ze względu na ograniczone możliwości obróbki danych przez

system nerwowy, duża część stymulacji musi być odrzucona jako nieważna, aby mogły być przetwarzane tylko te informacje, które są istotne” (s. 95). System poznawczy może przetworzyć tylko część tego, co potencjalnie jest dla niego dostępne, zatem „zmuszony jest kontrolować procesy odbioru i przetwarzania informacji, aby uniknąć niebezpiecznych skutków przeładowania” (Nęcka, 2000, s. 77). Z kolei według Kahnemana (1973) główną funkcją terminu *uwaga* w psychologii postbehawiorystycznej jest dostarczenie etykiety dla mechanizmu wewnętrznego, który determinując ważność bodźców, uniemożliwia przewidywanie zachowania jedynie na podstawie samych bodźców. Zatem uwaga jest mechanizmem, który wybiera te bodźce, na które należy zareagować. Są to bodźce, które są ważne dla danej jednostki, a nie bodźce mające na przykład pewne określone cechy fizyczne, na przykład w pewnych sytuacjach nie reagujemy na krzyk, a skupiamy się na cichym szepcie, ponieważ to ten ostatni przekazuje nam istotną informację (Maruszewski, 2001). Według Nęcki (2000, s. 77):

Redukcja informacji dokonuje się nie tylko na wejściu sensorycznym, ale dotyczy również wyjścia efektorycznego, a ponadto wszystkich procesów pośredniczących między bodźcem a reakcją. Na każdym etapie przetwarzania ilość potencjalnie dostępnych informacji wielokrotnie przekracza ograniczone możliwości systemu poznawczego. Uwaga jest mechanizmem, dzięki któremu spostrzegamy tylko część bodźców docierających do organów zmysłów, przypominamy tylko część informacji zakodowanych w pamięci, uruchamiamy tylko jeden z wielu możliwych procesów myślenia i wykonujemy tylko jedną z możliwych do wykonania reakcji.

Warto przytoczyć także opinię Wellsa i Matthews (1994), według których uwaga, jak wiele innych terminów stosowanych w psychologii, jest bardzo niejasnym, trudnym do zdefiniowania, posiadającym wiele konotacji pojęciem, gdyż badacze nie są zgodni co do natury procesów oddziałujących na wykonanie zadań angażujących uwagę, a zatem można stworzyć jedynie prowizoryczne jej definicje. Autorzy zdefiniowali uwagę (jak twierdzą, jest to „swobodna”, nie roszcząca sobie prawa do wyłączności definicja) jako „selekcję lub priorytetyzację dla przetwarzania pewnych kategorii informacji, lecz użycie uwagi jako wyjaśniającego konstrukt zależy od wybranej zaadaptowanej teorii selekcji” (s. 10). Zgodnie z poglądami Jamesa (1890, za: Nęcka i in., 2006), przez wiele lat panowało przekonanie, że uwaga to zdolność do świadomej koncentracji na określonym, wybranym bodźcu i zakładano, że tylko to, co uświadomione, może przedostać się przez filtr uwagi. Z tego względu przetwarzanie informacji na wczesnych etapach nazywano procesami przeduwagowymi. Obecnie stanowisko psychologów w tym zakresie uległo złagodzeniu i uważają oni,

że selekcja informacji ma miejsce nawet wówczas, gdy ich treść nie przedostaje się do świadomości (Nęcka i in., 2006). Chociaż, aby nazwać te procesy, które polegają na odbiorze, selekcji i obróbce bodźców i z których nie zdajemy sobie sprawy, używa się nadal historycznego terminu *procesy przeduwagowe*, to nikt nie ma wątpliwości, że są to procesy całkowicie uwagowe (Nęcka i in., 2006). Oznacza to, że psychologowie nie do końca akceptują określanie terminem *uwaga* procesów, które zachodzą poza świadomością (Nęcka, 2000).

Funkcje uwagi

Głównym terminem wchodzącym w skład wielu definicji uwagi jest selektywność, czyli „zdolność pozwalająca na wybieranie ważnych informacji lub działań oraz odrzucanie innych” (Jaśkowski, 2009, s. 107), która wynika z ograniczeń aparatu poznawczego (nie jesteśmy, jak już wspomniano, w stanie przetwarzać wszystkich przychodzących informacji; Jaśkowski, 2009). Według Jaśkowskiego istnieje kilka podstawowych sytuacji, w których używamy terminu *uwaga* i są to: poszukiwanie, przesuwanie uwagi, podzielność, uwaga wykonawcza (dotyczy nie spostrzegania, a działania), wreszcie aktywacja (mniejsza bądź większa koncentracja), jednakże niewątpliwie wspólną cechą mechanizmów poznawczych, które składają się na uwagę, jest selekcja. Nęcka i in. (2006) również twierdzą, że funkcją, która decyduje o istocie uwagi, jest selektywność i dotyczy ona takich czynności, jak: selekcja źródła informacji, przeszukiwanie pola percepcyjnego, na przykład pod kątem ruchu, koloru czy innych właściwości, przedłużona koncentracja na określonym typie obiektów, podzielność uwagi, czyli możliwość koncentracji na dwóch źródłach informacji lub większej ich liczbie, oraz przerzutność uwagi, czyli przesuwanie (przełączanie) uwagi z jednego zadania na drugie. Z kolei Nęcka (2000) stwierdza, że uwaga pełni cztery podstawowe funkcje. Są to: (1) funkcja selekcyjna (tzw. selektywność), czyli „zdolność do wyboru jednego bodźca, źródła stymulacji lub ciągu myśli, kosztem innych” (s. 80), można powiedzieć, że ta funkcja polega na swoistym „odsiewaniu” (s. 96) nieistotnej stymulacji sensorycznej; (2) funkcja czujności (inaczej mówiąc, czujność), która polega na oczekiwaniu na określony sygnał i powstrzymaniu się od reakcji na bodźce zakłócające (szum); (3) funkcja przeszukiwania, która polega na sprawdzaniu, czy w polu percepcyjnym znajduje się określony bodziec, zazwyczaj ukryty pośród bodźców rozpraszających (dystraktorów) oraz (4) funkcja nadzorowania (kontroli) czynności jednoczesnych, która polega na kontrolowaniu kilku procesów poznawczych związanych z wykonywaniem różnych czynności w tym samym czasie. Z kolei według Sternberga (1999) można wyróżnić cztery główne funkcje uwagi, a mianowicie: (1) uwagę selektywną (wybór bodźców, na których skupiamy uwagę

i które będziemy ignorować); (2) czujność i detekcję sygnału (czujnie wykrywamy, odbieramy lub nie, sygnał i dzięki temu, gdy wykryjemy już dany sygnał, dochodzi u nas do torowania szybkiego działania); (3) poszukiwanie (często angażujemy się w poszukiwanie określonych bodźców) i (4) uwagę podzielną (często, gdy angażujemy się jednocześnie w więcej niż jedno działanie, przenosimy nasze zasoby uwagi, dokonując ich odpowiedniej alokacji; zob. też: terminy *automatyzacja-habituacja* stosowane dla określenia zjawiska polegającego na tym, że tak bardzo przyzwyczajamy się do danego bodźca, iż zaczynamy zwracać na niego coraz mniejszą uwagę). Z kolei według Wellsa i Matthews (1994), badania nad uwagą obejmują: zadania wymagające selektywnej uwagi (w których jedno z wielu źródeł bodźców musi być wybrane celem jego dalszego przetwarzania); zadania wymagające koncentracji uwagi (w których wysiłek w celu przetwarzania musi być skierowany ku jednemu źródłu bodźców) i zadania wymagające uwagi podzielnej (w których trzeba śledzić dwa źródła bodźców lub ich większą liczbę). W każdym przypadku jednostka usiłuje przetwarzać tylko pewną część ze zbioru wielu bodźców docierających do zmysłów. Autorzy wyróżnili dwie główne funkcje uwagi: (1) selekcję informacji oraz (2) intensywność ich przetwarzania.

Podobnie uwagę charakteryzuje Kolańczyk (1997), która stwierdza, że uwaga jest „selektorem” oraz „intensyfikatorem” w procesie przetwarzania informacji (s. 79; zob. też: Wells, Matthews, 1994). Maruszewski (2001) wymienia trzy podstawowe funkcje uwagi: (1) selekcjonowanie bodźców docierających do jednostki, (2) ukierunkowanie procesów poznawczych oraz (3) określanie wielkości wykorzystywanych zasobów poznawczych, poświęcanych na realizację różnych zadań. Według autora, funkcja selekcjonująca uwagi jest ważnym fenomenem, jaki pojawił się w trakcie ewolucji. Maruszewski (2001) wyróżnia trzy rodzaje selekcji, a mianowicie: (1) selekcję pierwotną, (2) selekcję wtórną oraz (3) selekcję trzeciego rzędu. Selekcja pierwotna polega na selekcji bodźców odbieranych przez narządy zmysłowe, gdyż nie wszystkie informacje docierające do narządów zmysłowych jednostki jest ona w stanie przesłać do dalszej analizy w centralnym układzie nerwowym, na przykład tylko niewielka część informacji docierających do oka może być w „dosłownej” postaci przeanalizowana przez mózg. Z kolei selekcja wtórna ma miejsce w procesach pamięciowych, zachodzących pomiędzy pamięcią krótkotrwałą i pamięcią trwałą, gdyż pamięć trwała nie jest w stanie odebrać wszystkich informacji, które są przesyłane przez pamięć krótkotrwałą. Powodem tego jest szybkość kodowania informacji w pamięci trwałej. Informacje te kodowane są w postaci semantycznej, a zatem jednostka rejestruje ich znaczenie, jednak warunkiem tego jest określenie znaczenia tych informacji, a następnie znalezienie takiego miejsca w sieci poznawczej, do którego pasowałyby napływające dane. Kiedy dane są całkowicie zgodne

z zarejestrowanymi do tej pory informacjami, proces uwagi odrzuca je z dalszej analizy. Ograniczenia w szybkości kodowania występują w przypadku informacji nowych, które częściowo wiążą się z dotychczasową wiedzą osoby, oraz informacji, z którymi nigdy się ona nie zetknęła i które są dla niej zaskakujące (Maruszewski, 2001). Zatem istotą selekcji zachodzącej między pamięcią krótkotrwałą i trwałą jest prawdopodobnie proces osłabiania informacji, które jednostka uznaje za nieistotne, dzięki temu inne informacje stają się relatywnie bardziej wyraziste. Z kolei procesy selekcji trzeciego rzędu pojawiają się wtedy, kiedy jednostka, posługując się wiedzą zarejestrowaną w pamięci trwałej, przygotowuje plan działania. Informacje wybrane z pamięci trwałej przekazywane są do pamięci operacyjnej, która bezpośrednio kieruje działaniem. Następną według Maruszewskiego (2001) funkcją uwagi jest ukierunkowanie procesów poznawczych. Uwaga nie tylko oddziela informacje ważne od innych – mniej ważnych, czy nieważnych, ale poszukuje również tych informacji, które mogą być przydatne w rozwiązywaniu różnych problemów. Na ten aspekt uwagi zwracał uwagę już James (1890), według którego obejmuje ona „oddzielenie się od pewnych rzeczy po to, aby efektywnie radzić sobie z innymi” (s. 403, za: Maruszewski, 2001, s. 80). Aby wyjaśnić ukierunkowującą funkcję uwagi, Maruszewski (2001) posłużył się ciekawą metaforą, twierdząc, że:

Uwagę możemy porównać do snopa światła z reflektora – snop ten może oświetlać rozmaite części naszego krajobrazu psychicznego. Przesuwając się oświetla coraz to inny fragment tego krajobrazu. Snop światła może być bardzo wąski lub może też być rozlany. Gdy jest wąski, bardzo dokładnie widzimy część krajobrazu psychicznego – widzimy ją bardzo dokładnie między innymi dlatego, że inne rzeczy nie pojawiają się w polu świadomości. Gdy jest rozlany, to dociera do nas większa ilość informacji, ale informacje te w mniejszym stopniu mogą skupić na sobie naszą uwagę (s. 80).

Powyższa metafora bardzo przypomina przedstawioną przez Kolańczyk (1997) koncepcję uwagi intensywnej i ekstensywnej. Według tej autorki, uwaga intensywna ma stosunkowo wąski zakres, lecz pozwala na głębokie przetwarzanie informacji będących w jej zasięgu, natomiast uwaga ekstensywna ma relatywnie szeroki zakres, ale przetwarzanie dostępnych jej informacji można nazwać dość płytkim. Według Maruszewskiego (2001), następną funkcją uwagi wiąże z określeniem wielkości zasobów potrzebnych do wykonania danej czynności. Na funkcji ukierunkowującej uwagi nie kończą się jej funkcje kontrolne, gdyż to również od niej zależy, ile energii psychicznej poświęcimy na wykonanie pewnego zadania. W zależności od tego, jak ważne jest określone zadanie, człowiek może przeznaczać na jego wykonanie większą

lub mniejszą ilość energii. W wypadku zadań bardzo ważnych, przeznacza on na ich wykonanie znaczną jej ilość. W przypadku zadań mniej istotnych, jego zaangażowanie będzie odpowiednio mniejsze. Skoro jednostka przeznacza odmienną porcję energii na wykonanie zadań mniej lub bardziej ważnych, musi ona dysponować jakimś sposobem oceny tego, czy zadanie jest ważne, czy też nie. Jednym z rozwiązań jest tutaj ocena własnego napięcia emocjonalnego pojawiającego się w obliczu zadania – im jest ono silniejsze, tym zadanie to wydaje się osobie ważniejsze. O tym, jaka ilość zasobów poznawczych zostanie zaangażowana do wykonania określonego zadania, decydują także inne czynniki. Pierwszym z nich są wymagania zadania. Innej ilości zasobów poznawczych wymaga stosunkowo proste zadanie – wyprasowanie koszuli, a innej – dużo większej – pisanie wiersza. Drugim czynnikiem jest wielkość zasobów poznawczych, jakimi dysponuje osoba. Im większa jest pula tych zasobów, tym więcej jednostka może ich wykorzystać. Trzecim czynnikiem jest stopień przeuczenia, ponieważ zadania, które są „przeuczone” – czyli, inaczej mówiąc, zadania, które są wysoce zautomatyzowane – wymagają stosunkowo niewielkiej ilości zasobów, natomiast zadania całkowicie nowe – wymagają dużej ich ilości. Na przykład doświadczony kierowca może bez przeszkód rozmawiać z drugą osobą w trakcie prowadzenia samochodu, gdyż w jego przypadku czynność prowadzenia samochodu została w znacznym stopniu zautomatyzowana (Maruszewski, 2001). Warto dodać, że Maruszewski wyróżnia jeszcze dwa zjawiska związane z uwagą, których nie zalicza do jej funkcji, a mianowicie: czujność oraz detekcję sygnałów. Według tego autora, czujność to zdolność lub stan, dzięki któremu osoba potrafi w dłuższym okresie wykrywać bodźce specyficzne spośród wielu możliwych bodźców pojawiających się w jej otoczeniu. Należy wyróżnić dwie sytuacje prawidłowej reakcji: wykrycie sygnału wtedy, kiedy on istotnie występuje (prawidłowa detekcja) i niewykrywanie sygnału, kiedy w rzeczywistości go nie ma (prawidłowe odrzucenie). Ponadto trzeba wymienić jeszcze dwie sytuacje, w których pojawiają się błędy, a mianowicie wykrywanie sygnału, którego w rzeczywistości nie ma (fałszywy alarm) oraz niewykrywanie występującego bodźca (pominięcie). Z kolei detekcja sygnałów dotyczy związku między częstością występowania poprawnych detekcji i fałszywych alarmów. Pozostałe reakcje możemy pominąć, ponieważ proporcja ich występowania stanowi dopełnienie do jedności w stosunku do proporcji występowania prawidłowych detekcji lub fałszywych alarmów (Maruszewski, 2001). Według Maruszewskiego przeszukiwanie, w porównaniu do detekcji sygnałów (która jest procesem wykrywania bodźców w danym miejscu, np. w organizmie pacjenta, przy czym bodźce pojawiają się co pewien czas i nie wiadomo, kiedy może to nastąpić), jest procesem o wiele bardziej aktywnym, bo nie tylko nie wiemy, kiedy dany bodziec może wystąpić, ale również – w jakim miejscu może się on pojawić. Proces przesz-

kiwania jest tym bardziej skomplikowany, im większa liczba cech wchodzi w skład koniunkcji, wówczas bowiem nie opiera się ono na pojedynczych cechach. Analizie podlega wtedy nie tylko więcej obiektów, lecz także większa liczba niezależnych cech. W procesie tym uwaga spełnia szczególną funkcję, a mianowicie dostarcza ona, jak twierdzi Treisman (1986, za: Maruszewski, 2001) – „kleju” (Maruszewski, 2001, s. 90), który spaja te cechy ze sobą (zob. też: Nakayama, 1990, za: Maruszewski, 2001). Jak twierdzi Nęcka (2000, s. 96), „Mimo różnorodności funkcji uwaga działa jak jednolity system. Przypuszczalnie u podstaw wszystkich funkcji tego systemu leży mechanizm wydatkowania energii”.

Teorie uwagi

Badania nad uwagą są szybko rozwijającą się dziedziną. Badacze zaproponowali różne teorie uwagi. Chociaż konkurują ze sobą przede wszystkim dwa jej ujęcia: uwagi jako procesu selekcji i uwagi jako procesu odpowiedzialnego za gospodarowanie zasobami poznawczymi, to jednak warto wspomnieć również o ujęciach uwagi, które nie należą do żadnej z tych dwóch grup, a które wiele wniosły do naszego obecnego rozumienia jej funkcjonowania. Poniżej krótko scharakteryzowano najważniejsze teorie uwagi.

Teorie selekcji uwagowej. Jak pisze Jaśkowski (2009, s. 113):

wśród naukowców panuje powszechna zgoda co do tego, że selekcja informacji za pomocą uwagi wynika z konieczności nieprzeciążania linii przesyłowej do mózgu. Umysł najwyraźniej nie jest w stanie odbierać wszystkich danych dostarczanych przez zmysły, dlatego część z nich musi zostać usunięta, zanim dotrze do świadomości.

Autor dodaje: „Badacze różnią się jednak opiniami, co jest usuwane ze strumienia informacji i na jakim etapie przetwarzania to się dzieje” (Jaśkowski, 2009, s. 113). Kolańczyk (1997, s. 81) twierdzi, że „pierwsze badania i koncepcje dotyczące uwagi koncentrowały się na zagadnieniu przeciążenia informacyjnego. Rozpoczęła się dyskusja na temat lokalizacji »filtra« uwagi w całości procesu orientacyjnego. Kolejno formułowano koncepcje wczesnej, a potem późnej selekcji”. Według Nęcki (2000), teorie uwagi selektywnej próbują odpowiedzieć na pytanie, jak działa filtr selekcyjny bodźce, a w szczególności – czy filtr ten jest umiejscowiony we wczesnych, czy też w późnych etapach przetwarzania informacji. Warto dodać za Kolańczyk (1997), że koncepcje uwagi selekcyjnej traktują ją jako „wąskie gardło” (s. 81),

a dokładniej tłumacząc z języka angielskiego jako „szyjkę od butelki” („*bottleneck*”; Wells, Matthews, 1994, s. 20) w procesie przetwarzania informacji.

Teorie wczesnej selekcji. Według Nęcki (2000, s. 86), „Koncepcje wczesnej selekcji zakładają, że przyjęcie informacji ważnej, a odrzucenie zbędnej, dokonuje się na wczesnych etapach przetwarzania informacji. W związku z tym mechanizm uwagi ma się kierować sensorycznymi, fizycznymi właściwościami bodźców”.

Historycznie rzecz ujmując, najwcześniejszą teorią wczesnej selekcji jest koncepcja filtra uwagi Broadbenta (1958, za: Nęcka i in., 2006). Zgodnie z tą teorią selekcja informacji zachodzi po początkowej analizie percepcyjnej (Wells, Matthews, 1994), a mianowicie filtr uwagi zaczyna działać bezpośrednio po zarejestrowaniu informacji na poziomie sensorycznym (Nęcka, 2000), czyli na etapie przeduwagowym przetwarzania informacji (Jaśkowski, 2009). Uwaga dokonuje radykalnej selekcji docierających informacji (Jaśkowski, 2009), a mianowicie informacje, na które jednostka nie zwraca uwagi, nie są przepuszczane do systemu przetwarzania.

Punktem wyjścia dla koncepcji Broadbenta były wyniki badań wykorzystujące technikę cieniowania (nazywaną też techniką cienia; Maruszewski, 2001; Nęcka, 2000), której szczególną odmianę stanowi technika słuchania dwuusznego (Maruszewski, 2001). Została ona skonstruowana przez Cherry'ego w 1953 roku i polega ona na jednoczesnym prezentowaniu dwóch odmiennych komunikatów do obojga uszu osoby badanej (Nęcka, 2000), przy czym eksperyment jest tak zorganizowany, że badany zwraca uwagę na tylko jeden z nich (Maruszewski, 2001). Moray (1959, za: Maruszewski, 2001) zmodyfikował tę technikę i w jego wersji stosuje się ją do dzisiaj, a mianowicie w typowym eksperymencie do jednego ucha przekazuje się tekst, na którym badany musi się koncentrować. Metody osiągnięcia koncentracji są różne, najczęściej jednak prosi się badanego o powtarzanie tekstu słowo w słowo. Po przeprowadzeniu jednego z pierwszych eksperymentów, wykorzystujących tę technikę, stwierdzono, że uczestnicy nie potrafili powtórzyć słów z ucha „nieśledzonego”, pomimo, że każde z tych słów powtarzało się aż 35 razy. Badani jedynie powtarzali te słowa, które wystąpiły w ciągu ostatnich 20 sekund (tyle, ile wynosi czas przechowywania informacji w pamięci krótkotrwałej) przed zakończeniem badania (Maruszewski, 2001). Należy jednak dodać, że Moray (1959, za: Nęcka, 2000) zauważył, iż uwaga „przepuszcza” (Nęcka, 2000, s. 86) pewne informacje z kanału ignorowanego, przy czym między innymi jest to imię osoby badanej (jest to tzw. efekt „*cocktail party*”; Nęcka, 2000). Z kanału ignorowanego docierają również informacje dotyczące zmiany tonu głosu, płci nadawcy i natężenia intensywności przekazu (Maruszewski, 2001). Na podstawie tych obserwacji Broadbent przyjął, że z kanału ignorowanego przedostaje się niewiele informacji, a to, co się przedostaje,

nie ma charakteru semantycznego, lecz fizyczny. Zatem o przepuszczeniu przez „bramkę” uwagi (Nęcka, 2000, s. 87) jakiejś informacji nie decyduje jej znaczenie, lecz jej właściwości fizyczne (np. intensywność, barwa głosu, czy też określony kolor lub lokalizacja przestrzenna; Nęcka, 2000; Wells, Matthews, 1994), które są wyselekcjonowane do dalszej analizy (Wells, Matthews, 1994). Należy podkreślić, że chociaż imię osoby badanej ma określone znaczenie, jednak jest to bodziec bardzo częsty i „osłuchany” (Nęcka, 2000, s. 87), zatem prawdopodobnie działa on jak specyficzny układ dźwięków, a nie jak jednostka semantyczna. W tym ujęciu informacje, na które jednostka nie zwraca uwagi, przechowywane są w jej systemie poznawczym przez okres 20 sekund i podlegają wstępnej analizie ze względu na ich cechy fizyczne (Marszewski, 2001), a zatem selekcja jest oparta na zasadzie sensorycznej, którą można określić wyrażeniem „wszystko albo nic” (Nęcka i in., 2006, s. 187). Podsumowując, Broadbent uważał, że „wąskie gardło” systemu uwagi selektywnej działa na bardzo wczesnych etapach przetwarzania bodźca, gdy jeszcze nie rozpoznane zostało jego znaczenie (Nęcka, 2000).

Model Broadbenta wkrótce po jego przedstawieniu uznano za znaczne uproszczenie w podejściu do funkcjonowania uwagi, a zwłaszcza poddano krytyce to, że nie wyjaśnia on, dlaczego uwaga „przepuszcza” (Nęcka, 2000, s. 86) pewne informacje z kanału ignorowanego, na przykład imię osoby badanej. Za Kolańczyk (1997) można powtórzyć, że filtr uwagi okazywał się dużo mniej „szczelny” niż przewidywała to koncepcja Broadbenta. Według krytyków tej teorii, nie odpowiada ona na pytanie, dlaczego komunikat, który znajduje się na peryferiach uwagi (a nawet komunikat, na który jednostka nie zwraca uwagi), a który w jakimś momencie okazał się istotny, może bardzo szybko przyciągnąć uwagę w swoim kierunku. Kilka lat po przedstawieniu teorii uwagi przez Broadbenta, badania Graya i Wadderburna (1960, za: Nęcka, 2000) ostatecznie potwierdziły sens jej krytyki. Udowodniono, że chociaż selektywny filtr blokuje większość informacji na poziomie sensorycznym, niektóre bardzo wyraziste semantycznie bodźce są tak silne, że „przebijają się” przez niego. Badacze ci zmodyfikowali technikę cienia w ten sposób, że zamiast dwóch różnych tekstów – prezentowali dwa ciągi bodźców, składające się z cyfr bądź ze słów, a ponadto cyfry i słowa były przemieszane w obu kanałach, przekazywanych osobno dla każdego ucha. Okazało się, że uczestnicy bez trudu przełączali się z jednego kanału na drugi, odbierając spójny komunikat. Wyniki tego eksperymentu potwierdziły oczekiwania autorów, którzy zakładali działanie semantycznych zasad selekcji bodźców, nie zaś selekcji związanej z tym, do jakiego ucha jest prezentowana informacja. Zgodnie z modelem Broadbenta, badani powinni najpierw spostrzegać dane z jednego ucha, niezależnie od ich znaczenia lub powiązania z informacjami z drugiego ucha, a dopiero potem – ewentualnie – informacje z drugiego ucha, jednak wyniki opisanego

eksperymentu podważyły wiarygodność modelu wczesnej selekcji informacji opartej na sensorycznych właściwościach bodźców (Nęcka, 2000).

Teorie późnej selekcji. Wczesne koncepcje Treisman (1964, za: Nęcka, 2000) były bliskie idei Broadbenta. Autorka uważała bowiem, że ważnym kryterium selekcji bodźców są ich właściwości sensoryczne. Później jednak badaczka postanowiła zmodyfikować swoje podejście (Kolańczyk, 1997; Maruszewski, 2001), uwzględniając wyniki badań dotyczących słuchania dwuosobowego, których nie można było wyjaśnić za pomocą modelu Broadbenta (Maruszewski, 2001). Badaczka zauważyła, że jeśli do obojga uszu podaje się badanym po jednej informacji, np. do jednego ucha: „obiecanki cacanki”, „dopóki ucho się nie urwie”, a do drugiego ucha: „póty dzban wodę nosi”, „a głupiemu radość”, to słyszą oni i powtarzają tekst: „póty dzban wodę nosi, dopóki ucho się nie urwie”. Badaczka sformułowała na tej podstawie wniosek, że człowiek nie zdaje sobie sprawy, iż z informacji przekazywanych do jednego ucha „przeskoczył” do informacji, które docierają do drugiego ucha. Ten „przeskok”, podobnie jak w wypadku efektu „cocktail party”, opiera się na znaczeniu bodźca (Maruszewski, 2001). Po przeprowadzeniu innego badania Treisman (1964, za: Maruszewski, 2001) stwierdziła, że kiedy badanym dwujęzycznym do obojga uszu przekazywano niezależnie ten sam komunikat w różnych językach, twierdzili oni, że jest on identyczny, mimo tego, że pod względem percepcyjnym każde ucho otrzymywało inny zbiór danych. Oba zbiory były jednak takie same pod względem znaczenia. Usiłując uwzględnić doniosłą rolę semantycznego piętra analizy, Treisman zaproponowała nowy model selekcji uwagowej (Nęcka, 2000). Stwierdziła ona, że to nie fizyczne cechy, a znaczenie informacji (zasada semantyczna) decydują o selekcji, oraz że nie można mówić o kanale ważnym i kanale ignorowanym, gdyż wszystkie bodźce przechodzą przez filtr uwagi, jednak te mniej istotne są osłabiane, stąd propozycję autorki określa się jako „model osłabiacza” (Nęcka i in., 2006, s. 191). W tym ujęciu filtr uwagi nie działa jak zwrotnica, w oparciu o zasadę „wszystko albo nic”. Informacja pochodząca ze wszystkich kanałów informacyjnych jest przetwarzana jednocześnie i tylko w razie potrzeby jest ona osłabiana ilościowo (Kolańczyk, 1997). W koncepcji Treisman widoczna jest wieloetapowość procesu uwagi (Maruszewski, 2001), a mianowicie według tej badaczki selektywny odbiór informacji dokonuje się w trzech etapach. W pierwszym z nich osoba odbiera i analizuje bodźce ze względu na ich właściwości fizyczne, na przykład ton głosu. Obróbka informacji dokonuje się w sposób przeduwagowy, całkowicie nieświadomy oraz równoległy i dotyczy ona wszystkich informacji docierających do organów zmysłów. Informacje spełniające określone kryterium selekcji (np. zdefiniowane przez instrukcję badacza) są przekazywane dalej w niezmienionej postaci, natomiast pozostałe informacje – w postaci

osłabionej (Nęcka, 2000). Zatem w przypadku, gdy informacja sensoryczna jest wyrazista (na przykład ktoś krzyczy), podejmowane jest odpowiednie działanie (na przykład ucieczka), zaś jeśli właściwości sensoryczne nie skłaniają do bezpośredniego działania, pojawia się proces poszukiwania najlepszego dopasowania danych percepcyjnych do danych pamięciowych, czyli rozpoznawanie (Maruszewski, 2001). W drugim etapie osoba analizuje informacje ze względu na charakterystyczne wzorce percepcyjne. Przykładowo, mowa ludzka nie jest chaotycznym szeregiem dźwięków, ale sekwencją zbudowaną według określonego wzorca. Wykryte wzorce są przekazywane dalej w pierwotnej postaci, jeśli spełniają kryterium selekcji lub w postaci osłabionej, jeśli tego kryterium nie spełniają, a ponieważ wiadomo, co przyciągnęło uwagę jednostki, może ona sprawdzić, czy informacja jest ważna z punktu widzenia jej podstawowych interesów (np. poczucia bezpieczeństwa). Następnie może ona podjąć określone działanie, na przykład wycofać się z interakcji, jeśli spostrzeża, że ma do czynienia z kimś, kto zagraża jej bezpieczeństwu. Z kolei jeśli komunikat został uznany za mało znaczący z punktu widzenia podstawowych interesów jednostki, uruchamiana jest następna faza przetwarzania informacji, która pozwala stwierdzić, czy komunikat jest ważny z punktu widzenia chwilowych jej interesów, które mogą wiązać się na przykład z wymogami dotyczącymi aktualnie wykonywanego zadania czy z przeżywaną w danej chwili emocją (Maruszewski, 2001). W tym trzecim etapie selekcji jednostka koncentruje świadomą uwagę na bodźcach, które do niej dotarły, przede wszystkim nadaje im ona sens, a także ocenia kolejne przychodzące informacje pod względem ich znaczenia. Według Treisman w szczególnych warunkach osoba może bardzo szybko przejść do analizy semantycznej, jeśli określona informacja jest istotna z punktu widzenia jej potrzeb i motywów (Maruszewski, 2001). Autorka zaznacza, że różne bodźce mają różny próg dostępu do uwagi. Niektóre z nich, ze względu na konsekwencje, jakie pociąga za sobą ich pojawienie się, mają bardzo niski próg dostępu, a oznacza to, że nawet bodziec o niewielkiej intensywności może znaleźć się w centrum pola uwagi. Ten próg ulega w niektórych sytuacjach zmianie pod wpływem oczekiwań, które pojawiły się po odebraniu innych bodźców (tzw. „efekt torowania”, czyli „efekt poprzedzania”; Maruszewski, 2001).

Kontynuacja badań nad uwagę, przeprowadzanych przez Treisman, polegała na wprowadzeniu tak zwanego materiału znaczącego, który był albo ważny dla badanego, albo zorganizowany znaczeniowo, a także na eksploracji wpływu kategoryzacji na proces selekcji, poprzez zastosowanie wyróżniającego się pod względem kategoryalnym bodźca. Wyniki tych badań wykazały istnienie późnej selekcji, mającej miejsce po rozpoznaniu znaczeń, podczas której filtr uwagi działa prawdopodobnie według kryterium semantycznego, nie zaś według kryterium opartego o fizyczne właściwości bodźców. Obecnie najbardziej znaną koncepcją teoretyczną, opisującą mechanizm

późnej selekcji, jest koncepcja Anthony'ego i Diany Deutschów (Kolańczyk, 1997). Model zaproponowany przez tych badaczy (1963, za: Nęcka, 2000) jest o wiele bardziej radykalny w porównaniu z modelem Treisman pod względem przesunięcia „szyjki od butelki” na wyższe piętra analizy bodźca. Według nich bowiem, informacje ulegają osłabieniu lub wzmocnieniu dopiero po ich świadomej analizie (jest to tzw. zasada koniecznej świadomości; Nęcka i in., 2006). Bodźce o największym znaczeniu stanowią punkt odniesienia dla wszystkich innych bodźców, zatem filtrowaniu podlegają tylko informacje relatywnie bardziej istotne dla jednostki. Pojawienie się ważnego obiektu na tle innych, mniej ważnych, powoduje niedostrzeganie tych ostatnich. Zatem bodźce o największym znaczeniu dla osoby wyznaczają rodzaj swoistej „poprzeczki”, poniżej której nie jest możliwa rejestracja innych bodźców. Według Deutschów miernikiem znaczenia bodźców jest relatywna wielkość pobudzenia, a konkretnie jego wzrostu, spowodowanego działaniem poszczególnych bodźców. Należy dodać, że badania zapoczątkowane przez Deutschów kontynuował między innymi Norman (1968, za: Nęcka, 2000).

Model uwagi zakładający bardzo późną selekcję budzi wiele wątpliwości. Jeśli informacje nieistotne byłyby rzeczywiście odrzucane dopiero przed samym wejściem do bufora pamięci krótkotrwałej, najważniejsza, czyli selekcyjująca funkcja uwagi w dużej mierze straciłaby sens. Warto w tym miejscu podkreślić, że modele uwagi powstały przede wszystkim po to, aby wyjaśnić, jak mało pojemny system przetwarzania informacji radzi sobie z nadmiarem docierających do niego informacji. Dodatkowo, u podstaw podejścia Deutschów i Normana leży założenie o nieograniczonym dostępie wszystkich informacji (ważnych i nieistotnych) do bardzo wysokich pięter systemu przetwarzania danych, z czym wiąże się pytanie, czy system nerwowy jest w stanie poradzić sobie z tak ogromną ich liczbą (Nęcka, 2000)?

Według Wellsa i Matthews (1994) obecnie niemożliwe jest rozwiązanie kontrowersji dotyczącej zasadności teorii wczesnej i późnej selekcji. Literatura na ten temat jest pełna niemalże technicznych argumentów na rzecz prawdziwości każdego z tych ujęć. Jaśkowski (2009) pisze:

Jeśli uwaga działa, jak sugerował Broadbent, na wczesnych etapach przetwarzania, to w jaki sposób system wzrokowy może określić wagę selekcyjowanych informacji? Jeśli założymy z kolei, że selekcja odbywa się na późnych etapach przetwarzania, ustalenie wagi nie nastręcza trudności, znika jednak zysk z ograniczenia napływających informacji, ponieważ trzeba wykonać niemal pełną analizę. Problem ten, znany w literaturze pod nazwą paradoksu inteligentnej selekcji (Palmer, 1999) przez wiele lat podgrzewał spór między zwolennikami wczesnej i późnej selekcji (Driver, 2001). W tej chwili wiemy, że rozstrzygnięcie sporu musi być polubowne (s. 115).

Integracja teorii wczesnej i późnej selekcji. Obecnie, jak twierdzi Nęcka (2000, s. 89): „Coraz powszechniej przyjmuje się, że trafne ujęcie mechanizmów uwagi selektywnej wymaga podejścia integrującego idee zawarte w modelach wczesnej i późnej selekcji”. „Istotą integrujących koncepcji uwagi jest założenie, że selekcja informacji dokonuje się zarówno na wczesnych, jak i na późniejszych etapach przetwarzania. Dopuszcza się przy tym, że każdy etap może polegać na jakościowo różnym sposobie selekcjonowania nadmiaru informacji” (Nęcka, 2000, s. 89–90). Należy dodać, że Yantis i Johnston (1990, za: Wells, Matthews, 1994) twierdzą, iż ludzie są elastyczni pod względem stosowania uwagowych strategii, dokonując wczesnej lub późnej selekcji na przykład w zależności od wymagań zadania.

Jedną z najbardziej znanych teorii, która konsolidowała modele wczesnej i późnej selekcji, była teoria Johnstona (Nęcka i in., 2006). Według tego badacza, istnieje jeden filtr uwagi (Nęcka, 2000), którego główną właściwością jest elastyczność, a to oznacza, że zmienia on swój charakter w zależności od poziomu przetwarzania danych (Nęcka i in., 2006). Chociaż Johnston (1978, za: Nęcka, 2000) nie sprecyzował wyraźnie, według jakiej zasady selekcyjnej funkcjonuje postulowany przez niego elastyczny filtr, wydaje się, że można w tym przypadku mówić o zasadzie przetargu między szybkością a poprawnością, a mianowicie duża szybkość przetwarzania wiąże się z większą liczbą błędów, natomiast jego mniejsza szybkość – z ich mniejszą liczbą (Snodgrass, Luce, Galanter, 1967, za: Nęcka i in., 2006). Badacz założył, że przetwarzanie na poziomie płytkim, polegające na analizie fizycznych właściwości bodźca, jest relatywnie szybkie, natomiast przetwarzanie na poziomie głębokim, polegające na znaczeniowej analizie bodźca – stosunkowo wolne. Zatem głębszy poziom przetwarzania wiąże się z wolniejszym tempem działania filtra uwagi, jednak na tym właśnie poziomie filtr ów jest bardziej „tolerancyjny”, to znaczy przepuszcza więcej bodźców. Można zatem powiedzieć, że system uwagi „płaci” za zwiększoną pojemność wydłużonym czasem selekcji (Nęcka, 2000). Według Nęcki i in. (2006, s. 193):

Koncepcja Johnstona integruje różne wcześniejsze modele filtra uwagi (...). W jego modelu filtr funkcjonuje na poziomie sensorycznym zgodnie z zasadą „wszystko albo nic” (Broadbent), na poziomie semantycznym zgodnie z zasadą osłabiacza (Treisman), a na najgłębszym poziomie odniesienia do ja – zgodnie z zasadą koniecznej świadomości (Deutsch i Deutsch). Ponadto, na każdym poziomie przetwarzania filtr działa według naczelnej zasady przetargu między szybkością a poprawnością (Snodgrass). Te cechy koncepcji Johnstona sprawiają, że zasługuje ona na bardzo wysoką ocenę ze względu na trafny opis mechanizmu selekcji źródła informacji i dobre wyjaśnienia dostępnych danych empirycznych.

Warto dodać, że Szymura (2007) uznał koncepcję Johnstona za bardzo ważną teorię uwagi.

Należy wspomnieć w tym miejscu o teoriach selekcji zależnej od tzw. centralnego procesora. Kerr (1973, za: Kolańczyk, 1997), a następnie Posner (1982, za: Kolańczyk, 1997) posłużyli się tym konstruktem teoretycznym, aby scharakteryzować wewnętrzny regulator selekcji, decydujący o tym, jakie treści i w jakim stopniu zostaną dopuszczone do dalszego przetwarzania. Zgodnie z tym ujęciem, jeśli centralny procesor jest zaangażowany w obsługę jednego zadania, staje się on niedostępny dla drugiego, konkurencyjnego zadania, które także wymaga takiej obsługi. To podejście umożliwia odnalezienie kompromisu między teoriami zakładającymi wczesną i późną selekcję. „Centralny procesor jest rodzajem metaregulatora, który patrząc »z góry«, jak pisze Posner (1982), włącza się, gdy bodźce są niepewne, niezgodne, tak podobne, że trudno je rozróżnić, szczególnie znaczące itp.” (Kolańczyk, 1997, s. 84). Z kolei Jaśkowski (2009) wspomina o ciekawej teorii uwagi, która bierze pod uwagę istnienie nadzorczego systemu aktywującego (*Supervisory Activating System*, SAS; np. Norman, Shallice, 1986, za: Jaśkowski, 2009). Gdy uruchamiany jest nowy plan działania, SAS ustala nowy związek między bodźcem i reakcją (w procesach automatycznych istnieje ścisły związek między bodźcem i kontekstem a reakcją). U osób z uszkodzeniami płatów czołowych, SAS funkcjonuje słabo lub nie funkcjonuje w ogóle, a mianowicie bodźce, pomimo zmiany kontekstu, wywołują wciąż takie same reakcje, na przykład w zadaniu Stroopa osoba taka nazywa jedynie słowa, a nie kolory, w jakich są one napisane. Z kolei Baddeley i Hitch (1974, za: Jaśkowski, 2009) zaproponowali pojęcie centralnego mechanizmu wykonawczego, definiując go jako część pamięci operacyjnej, która kontroluje procesy poznawcze i kieruje zasobami uwagi.

Teorie przeszukiwania pola percepcyjnego. Jedną z najbardziej znanych teorii przeszukiwania pola percepcyjnego (którą można ulokować w nurcie teorii selektywności uwagiowej), jest teoria integracji cech autorstwa Treisman (np. Treisman, 1988, za: Nęcka i in., 2006; Treisman, Gelade, 1980, za: Nęcka i in., 2006). Nie ma wątpliwości, że jej druga, zmodyfikowana wersja, również autorstwa Treisman, nazywana teorią równoległej i szeregowej integracji cech, należy do najlepiej uzasadnionych teorii selektywności uwagi (Nęcka, 2000). Według niej pojedyncze cechy obiektu są odbierane automatycznie, bez wysiłku i równolegle w ramach tzw. etapu przeduwagowego. Po nim następuje etap integracji pojedynczych cech w konkretny obiekt. Niektóre procesy integracji działają automatycznie i równolegle, zwłaszcza wtedy, gdy jedną z integrowanych cech jest ruch przedmiotu. Większość cech podlega jednak powolnej i wymagającej wysiłku integracji szeregowej (Nęcka, 2000).

Pierwsza wersja modelu integracji cech powstała w rezultacie badań nad uwagą wizualną, przeprowadzonych przez Treisman i Gelade (1980, za: Nęcka, 2000). Autorki prezentowały badanym bodźce wzrokowe, które charakteryzowały się dwiema cechami, na przykład kolorem i kształtem. Odkryły one, że wykrycie bodźca, określanego jako sygnał, było relatywnie łatwe, jeśli dystraktory, czyli inne bodźce w polu wzrokowym, różniły się w stosunku do sygnału ze względu na pojedynczą cechę, zaś wykrycie sygnału okazywało się trudne – gdy dystraktory różniły się od niego wieloma cechami. Przykładowo, badani z łatwością wykrywali czerwoną literę X, jeśli dystraktorami były czarne litery O i czarne litery X, gdyż sygnał różnił się od dystraktorów jedynie kolorem. W tym wypadku selekcja miała miejsce na szybkim i składającym się z procesów równoległych etapie przeduwagowym. Niepotrzebne było zestawianie dwóch cech w złożony obiekt, gdyż nie było drugiej cechy, która byłaby istotna dla określenia sygnału (Nęcka, 2000). Jeśli natomiast dystraktory różniły się od sygnału dwiema cechami, zadanie okazywało się trudniejsze, a czas reakcji wzrastał liniowo w zależności od liczby dystraktorów, wśród których wykryto sygnał, na przykład wykrycie czerwonego X było stosunkowo trudne, jeśli dystraktorami były następujące litery: czerwone O, czarne O i czarne X. W tym wypadku nie wystarczyło, że badani skupiali uwagę na tym, co czerwone, unikając wszystkiego innego, ponieważ niektóre dystraktory również były czerwone. Te obserwacje spowodowały, że Treisman zaproponowała teorię szeregową integracji cech (Nęcka, 2000). Według tego ujęcia występują dwa etapy przetwarzania bodźca: przeduwagowy i uwagowy. Obróbka przeduwagowa polega na automatycznej rejestracji wszystkich znaczących cech obiektów. Jest to proces, który nie wymaga wysiłku i przebiega mimowolnie, zaś wszystkie cechy podlegają rejestracji równolegle, czyli w tym samym czasie (zob. też: Nęcka i in., 2006). Z kolei drugi etap obróbki bodźca polega na łączeniu wcześniej zarejestrowanych cech w obiekt (Nęcka, 2000; Nęcka i in., 2006). Jest to proces powolny, który wymaga wysiłku i ma on charakter szeregowy, gdyż przeszukiwanie pola percepcyjnego odbywa się stopniowo, cecha po cesze, obiekt po obiekcie itp. (Nęcka i in., 2006), a cechy podlegają integracji w obiekt jedna po drugiej, a nie równolegle (Nęcka, 2000). Drugi etap selekcji ma charakter czynności kontrolowanej, na przykład aby wykryć czerwone X spośród czerwonych i czarnych liter O oraz czarnych liter X, trzeba najpierw automatycznie zakodować obie te cechy (kształt liter oraz ich barwę), a następnie połączyć właściwy kształt (X) i właściwą barwę (czerwoną) i dopiero wówczas możliwe jest prawidłowe wykrycie sygnału, czyli czerwonej litery X (Nęcka, 2000).

Chociaż model szeregową integracji cech bardzo dobrze wyjaśniał wiele efektów, które zaobserwowano w eksperymentach nad selektywnością uwagi (np. Treisman, 1993, za: Nęcka, 2000), inne badania zakwestionowały adekwatność

tego ujęcia. Okazało się bowiem, że jeśli jedną z właściwości definiujących sygnał jest ruch obiektu w polu wzrokowym, selekcja jest bardzo szybka, niezależnie od liczby dystraktorów i od tego, czy oprócz ruchu istotne są jakieś inne cechy sygnału (np. McLeod, Driver, 1993, za: Nęcka, 2000). Te wyniki zinterpretowano w ten sposób, że prawdopodobnie ruch w polu widzenia jest dla niektórych gatunków cechą, która decyduje o przeżyciu, dlatego jej przetwarzanie dokonuje się automatycznie, szybko i przeduwagowo. Treisman zgadzała się z twierdzeniem Drivera i McLeoda (1992, za: Nęcka i in., 2006), że ruch jest cechą priorytetową, która przyspiesza etap integracji i cały proces selekcji. Następnie badaczka po raz kolejny zmodyfikowała swój model, zakładając możliwość równoległego integrowania cech w obiekt w drugim etapie selekcji. To nowe ujęcie nosiło nazwę modelu równoległej i szeregowej integracji cech (np. Treisman, Vieira, Hayes, 1992, za: Nęcka, 2000). W ramach tej koncepcji pierwszy etap, polegający na automatycznej analizie pojedynczych cech, pozostawiony został w niezmienionej postaci, natomiast do drugiego etapu zaliczono, poza mechanizmem szeregowej integracji cech, przeduwagowe procesy kategoryzacji według kilku najważniejszych właściwości obiektu, takich jak na przykład jego ruch. Te ostatnie wspomagają uwagę selektywną, gdyż jeśli w wyniku ich działania można dokonać selekcji (tylko jeden obiekt, czyli sygnał, spełnia kryterium kategoryzacji), zbędne staje się integrowanie pojedynczych cech w obiekt (Nęcka, 2000).

Omawiając teorie przeszukiwania pola percepcyjnego, warto również wspomnieć o teorii Lavie (1995, za: Jaśkowski, 2009). Według tej badaczki uwaga może funkcjonować na różnych poziomach, a czynnikiem, który decyduje o poziomie selekcji, jest obciążenie percepcyjne, które uzależnione jest od liczby znaczących bodźców, wśród których pojawia się bodziec – cel. Według Lavie w wykonywanie każdego zadania zaangażowane są wszystkie zasoby uwagowe, zaś kluczowa rola, jaką odgrywa obciążenie percepcyjne, wynika z ich ograniczeń. Gdy zadanie jest łatwe pod względem percepcyjnym, nie istnieje potrzeba selekcji. Wszystkie bodźce są wówczas przetwarzane równolegle, gdyż ilość zasobów jest dostateczna. Istnieje jednak ryzyko, że automatycznie przetwarzane będą również te bodźce znajdujące się w polu widzenia, które badany powinien ignorować (dystraktory). Jeśli zaś zadanie jest trudne, istotne bodźce angażują wszystkie zasoby, a dystraktory nie mają wpływu na jego wykonanie. „Powstaje zatem paradoks: podczas łatwego zadania dystraktory mogą przeszkadzać bardziej niż wtedy, gdy zadanie jest trudne” (Jaśkowski, 2009, s. 120). Lavie, chcąc dowieść słuszności swojej koncepcji, przeprowadziła wiele badań. Przedstawiono także argumenty neuronaukowe (np. badania z zastosowaniem fMRI; Rees, Frith, Lavie, 1997, za: Jaśkowski, 2009). Według Jaśkowskiego (2009) teoria Lavie stanowi obiecujące rozwiązanie problemu poziomu, na którym uwaga dokonuje selekcji informacji. Badaczka twierdzi, że przed przystąpieniem do zadania

ośrodki sterujące uwagą określają, które elementy są istotne dla wykonywanego zadania. Jeśli zadanie jest tak trudne, że ograniczone zasoby uwagi zostają całkowicie zaangażowane, selekcja zachodzi na stosunkowo niskim poziomie, ponieważ nie można dokładniej przetworzyć danych wejściowych. Z kolei podczas łatwego zadania zasoby, które nie zostały wykorzystane, są automatycznie przydzielane do śledzenia informacji nieistotnych dla jego wykonania oraz ich pogłębionej analizy. Teoria Lavie wyjaśnia przyczynę sprzeczności w wynikach badań dotyczących poziomu, na którym ma miejsce selekcja uwagowa. Jeśli w doświadczeniach stosowano stosunkowo łatwe percepcyjnie zadania, umożliwiało to pogłębioną analizę bodźców poza miejscem, na którym zogniskowana była uwaga. Gdy zaś stosowano trudne zadania, nie mogła zachodzić późna selekcja, gdyż zasoby uwagi były całkowicie zaangażowane w bieżące zadanie (Lavie, Tsal, 1994, za: Jaśkowski, 2009).

Kończąc rozważania o teoriach uwagi selektywnej, warto przytoczyć następujące zdanie Maruszewskiego (2001) „Koncepcja uwagi przechodzi wyraźną ewolucję. Ewolucja ta polega na coraz silniejszym uznawaniu tezy, że uwaga nie jest izolowaną funkcją psychiczną, która wpływa tylko i wyłącznie na selekcjonowanie informacji docierających do człowieka ze świata zewnętrznego” (s. 116).

Teorie podzielności uwagowej. Według Nęcki i in. (2006), już najwcześniejsze badania nad selektywnością uwagi były w gruncie rzeczy badaniami nad jej podzielnością, jednak Broadbent niesłusznie założył, że skuteczna analiza i selekcja informacji musi być jednokanałowa. Według Sternberga (1999) nowsze teorie uwagi, rezygnując z pojęć filtrów blokujących czy osłabiających sygnał, wprowadziły pojęcie rozdzielania ograniczonych zasobów uwagi. Problem możliwości równoległej selekcji informacji w zakresie dwóch różnych czynności poznawczych szczególnie zainteresował Berstein (1970, za: Nęcka i in., 2006; zob. też: Duncan, 1984, za: Nęcka i in., 2006). Badaczka ta wykazała, że jednostka może jednocześnie na przykład widzieć i słyszeć w tym samym czasie bez ponoszenia kosztów wykonywania tych dwóch czynności (różne modalności), szczególnie gdy dotyczy to jednego zadania. Okazuje się, że w takiej sytuacji różne modalności mogą nawet współdziałać. Teorie uwagi podzielnej próbują odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób jest możliwe nadzorowanie więcej niż jednej czynności w tym samym czasie. Odpowiedzi na to pytanie poszukiwano, odnosząc się do koncepcji niezależnie działających modułów uwagi lub do idei zasobów mentalnych, które są przydzielane poszczególnym czynnościom (Nęcka, 2000).

Warto w tym miejscu wspomnieć o teoriach przerzutności uwagi. Teorie te dotyczą zdolności jednostki do koncentracji uwagi po zmianie typu wykonywanej aktywności. Badania nad przerzutnością uwagi koncentrują się wokół problemu

kosztów przełączania się między zadaniami (m.in. jest to zmniejszona efektywność wykonywania zadań), ich przyczyn oraz możliwości ich redukcji. Według tego ujęcia, jeżeli jednostka jest wcześniej poinformowana o charakterze kolejnego zadania, przełączanie uwagi staje się bardziej efektywne (Nęcka i in., 2006).

Teoria modułów. Teoria modułów powstała pod wpływem wyników eksperymentu Allporta, Antonisa i Reynoldsa (1972, za: Nęcka, 2000). Autorzy posłużyli się klasyczną metodą cieniowania. Prosząc osoby badane o powtarzanie komunikatu werbalnego, przekazywanego do ich jednego ucha, w tym samym czasie do ich drugiego ucha przekazywali pojedyncze słowa o różnym stopniu treściowego powiązania z tym komunikatem. Następnie w drugim etapie badania badacze przekazywali uczestnikom eksperymentu słowa z kanału „ignorowanego” i sprawdzali, czy są one prawidłowo przez nich rozpoznawane. Okazało się, że badani nie potrafili rozpoznać słów wcześniej prezentowanych w kanale ignorowanym, niezależnie od tego, w jakim stopniu te słowa kojarzyły się im z treścią komunikatu „istotnego”. Ten wynik pozostawał w zgodzie z odkryciami Broadbenta. Kiedy jednak słowa „nieważne” prezentowano w drugim etapie badania wizualnie, uczestnicy potrafili rozpoznać niektóre z nich w stopniu, który wykluczał przypadek. Najlepsze wyniki w zakresie rozpoznawania bodźców uzyskano wówczas, gdy zamiast słów pokazywano odpowiadające im obrazki. Uczestnicy potrafili wówczas prawidłowo rozpoznać średnio 90% bodźców przekazywanych do kanału „ignorowanego”. Badacze wysunęli na tej podstawie wniosek, że funkcjonowanie uwagi opiera się na niezależnych kanałach sensorycznych, przy czym każdy z nich jest zaopatrzony w osobny filtr (jest to tzw. multikanałowa koncepcja uwagi selektywnej; Nęcka i in., 2006). W sytuacji, gdy wykonywanie dwóch czynności w tym samym czasie angażuje ten sam kanał sensoryczny, następuje pogorszenie poziomu wykonania przynajmniej jednej z nich, nierzadko zaś obu, ponieważ dochodzi do interferencji procesów poznawczych, które potrzebują tego samego kanału odbioru i przetwarzania informacji, a nawet tych samych struktur anatomicznych. Jeśli natomiast w wykonywanie dwóch czynności angażowane są różne kanały, można je monitorować w tym samym czasie praktycznie bez większych kosztów, to znaczy bez pogorszenia poprawności i bez spowolnienia procesów poznawczych. Koncepcję wielu kanałów można zastosować do wytłumaczenia wszystkich przypadków nadzorowania czynności jednoczesnych, a zatem nie tylko w odniesieniu do słuchowej lub wzrokowej selekcji bodźców. W świetle tego ujęcia słuszne wydaje się stwierdzenie Allporta i in. (1972, za: Nęcka i in., 2006), że przetwarzanie jednokanałowe (za pomocą filtru opisanego w teoriach: Broadbenta, Treisman, Deutschów i Johnstona) jest możliwe, ale nie jest ono obligatoryjne (Nęcka i in., 2006).

Allport (1980, za: Nęcka, 2000) zmodyfikował swoją pierwotną koncepcję w oparciu o wyniki badań McLeoda (1977, za: Nęcka, 2000), który wykazał, że liczba błędów podczas wykonywania dwóch czynności jednocześnie znacznie wzrasta, gdy jedna z nich wymaga reagowania prawą, a druga – lewą ręką. Z kolei kiedy jedna czynność wymaga reagowania werbalnego, a druga – manualnego, poziom wykonania ulega polepszeniu (zatem interferencja dwóch czynności jest uzależniona nie tylko od rozdzielnosci kanałów sensorycznych, lecz także od niezależności struktur wykonawczych, a mianowicie niezależność jednej ręki od drugiej jest niewielka, a niezależność ręki od aparatu mowy – znacząca). W zmodyfikowanej teorii Allporta (1980, za: Nęcka, 2000) zakłada się istnienie niezależnych modułów przetwarzania informacji (jest to tzw. koncepcja modułowa; Nęcka i in., 2006). Według tego ujęcia uwaga jest systemem niezależnych, wyspecjalizowanych modułów przetwarzania informacji, obejmujących nie tylko ich selekcję, lecz również kontrolę reakcji wykonawczych (Nęcka, 2000). Ze względu na to, że każdy moduł ma ograniczoną pojemność, gdy kilka czynności angażuje ten sam moduł, nieuchronny jest efekt interferencji, jeśli natomiast różne czynności wymagają różnych modułów, koszty ich obsługi są minimalne. Teoria modułów odpowiada na pytanie, dlaczego czasami można bez trudu godzić różne czynności, a innym razem jest to wręcz niemożliwe, a w najlepszym razie bardzo kosztowne (Nęcka, 2000).

Teorie zasobów. Na początku warto zaznaczyć, że Wells i Matthews (1994) nazywają teorie zasobów „teoriami pojemności uwagi” (*„capacity models of attention”*, s. 24). Maruszewski (2001) twierdzi, że do najlepiej uzasadnionych empirycznie koncepcji uwagi podzielnej należy teoria zasobów Kahnemana (1973, za: Maruszewski, 2001). Chociaż powstawała ona w ramach nurtu przetwarzania informacji, istnieje w niej wiele odniesień do koncepcji ekologicznej Gibsona (Maruszewski, 2001). Teoria ta powstała w rezultacie zastosowania zupełnie nowego paradygmatu badań nad uwagą.

Aby dokładniej zrozumieć, jak funkcjonuje uwaga w świetle teorii zasobów, oraz aby docenić jej nowatorstwo, należy nawiązać do teorii Neissera z 1976 roku (za: Maruszewski, 2001) oraz do wyników jego badań przeprowadzonych wspólnie z Becklenem (1975, za: Maruszewski, 2001). Neisser poddał krytyce teorii wczesnej i późnej selekcji. Badacz ten stwierdził, że zakładają one, iż filtry to „urządzenia” powodujące, że informacje, które docierają do wejścia danego układu (czyli do narządów zmysłowych), nie mają wpływu na wyjście, czyli na zachowanie. Według tego ujęcia, funkcjonowanie uwagi nie polega na tym, że jednostka odfiltrowuje docierające do niej bodźce, ale na tym, że pobiera ona takie bodźce z otoczenia, które są jej potrzebne. Zatem uwaga według tego podejścia jest aktywna, a nie pasywna, jak zakładały wcześniejsze teorie. Spostrzeganie nie jest już zatem traktowane jako

samoistny proces, lecz stanowi jeden z elementów procesów odpowiedzialnych za nadzór nad zachowaniem. Skoro jednostka poszukuje informacji w otoczeniu, to poszukiwanie to musi być motywowane pewnymi oczekiwaniami i hipotezami, które powstają w oparciu o schematy poznawcze, czyli programy pobierania informacji z otoczenia. Zatem można powiedzieć, że procesem uzyskiwania informacji kierują schematy i jeśli jednostka nie dysponuje jakimś schematem albo nie potrafi go uaktywnić, to nigdy nie odbierze pewnych informacji (Maruszewski, 2001).

W przeciwieństwie do Allporta, Kahneman (1970, za: Nęcka i in., 2006) uważał, że uwaga selektywna może efektywnie funkcjonować wyłącznie pod warunkiem szeregowego, jednokanałowego przetwarzania informacji. Badacz ten zrezygnował z metody prezentowania różnych komunikatów do różnych kanałów sensorycznych i w swoich eksperymentach zastosował technikę podwójnego zadania, polegającą na wykonywaniu w tym samym czasie dwóch prostych czynności, z których jedną cechowały dwa poziomy trudności. Przykładowo, jedna czynność polegała na kategoryzacji prezentowanych kolejno zestawów liter, zaś druga – na szybkim reagowaniu na prosty bodziec wizualny. Czynność polegająca na kategoryzacji mogła być łatwa lub trudna. W pierwszej wersji mogło na przykład chodzić o odróżnienie słów od nie-słów, a w trudnej – o odróżnienie nazw rzek od nazw miast. Wyniki badania ujawniły znaczące wydłużenie czasu reakcji prostej w sytuacji, gdy zwiększeniu ulegał poziom trudności czynności polegającej na kategoryzacji. Można powiedzieć, że system uwagowy „płacił” za lepszą obsługę jednej czynności wydłużeniem czasu potrzebnego na wykonanie drugiej czynności. Na podstawie uzyskanych wyników Kahneman stwierdził, że uwaga funkcjonuje jak system dystrybucji energii mentalnej (którą stanowią zasoby uwagi), przydzielanej poszczególnym czynnościom (zjawisko to nosi nazwę alokacji zasobów; Nęcka i in., 2006), która decyduje o tym, jak dobrze będą one wykonywane. Można powiedzieć za Nęcką i in. (2006), że według tej koncepcji w systemie poznawczym trwa nieustanna rywalizacja zachodzących równolegle procesów o zasoby uwagi, przy czym nadrzędny mechanizm selekcyjny funkcjonuje jak centralny dyspozytor energii, rozdzielając ją pomiędzy poszczególne procesy. To on podejmuje decyzję, czy trzeba wszystkie siły skoncentrować na jednym zadaniu, czy też istnieje wystarczająca ilość zasobów, aby zaangażować się dodatkowo w wykonanie zadania konkurencyjnego. Kahneman potraktował zasoby uwagi jako coś niespecyficznego, czyli niezależnego od typu stymulacji, treści przetwarzanych informacji, czy od rodzaju wymaganej reakcji motorycznej (manualna, werbalna itp.). Być może dlatego jego koncepcja stała się tak bardzo popularna. Warto jednak dodać, że ujęcie to nie precyzowało, czym są zasoby. Kahneman używał takich metaforycznych określeń, jak „moc obliczeniowa systemu” lub „paliwo mentalne” (Nęcka, 2000, s. 94; Nęcka in., 2006), jednak określenia te trudno zoperacjonalizo-

wać, czyli przełożyć ich treść na język konkretnych czynności pomiarowych, dlatego pojęcie zasobów używane jest raczej jako konstrukt wyjaśniający, a nie zmienna, której poziom można by zmierzyć. Pomimo tego, że liczne badania potwierdziły zasadność teorii Kahnemana, bezpośrednia operacjonalizacja kluczowych pojęć stosowanych w jej opisie, byłaby o wiele lepszym rozwiązaniem (Nęcka, 2000). Należy podkreślić, że koncepcja Kahnemana jest krytykowana przez tych badaczy, którzy chociaż przyjmują jej podstawowe założenia, wskazują na możliwość dzielenia puli zasobów na niezależne dziedziny czy struktury, zaangażowane w wykonywanie określonych czynności. Tym samym naukowcy ci zbliżają się do koncepcji modułów. Teorię zasobów poddaje się krytyce również ze względu na nieprecyzyjne określenie kryteriów, decydujących o tym, jakiej ilości zasobów wymaga określone zadanie. Niewątpliwie poziom trudności nie może być takim kryterium, ponieważ to samo zadanie może być łatwe lub trudne w zależności od fazy uczenia i nabytych przez jednostkę umiejętności. Zatem teorii tej nie można zrozumieć bez pojęcia automatyzacji: im bardziej dana czynność jest zautomatyzowana, tym mniej zasobów uwagi potrzeba do jej wykonania, a z kolei te niewykorzystane zasoby mogą być użyte do kontrolowania czynności gorzej wyuczonych (Nęcka, 2000).

Poza teorią zasobów Kahnemana, na szczególną uwagę zasługuje teoria zasobów Normana i Bobrowa (1975, za: Wells, Matthews, 1994). Wells i Matthews (1994) uznali tę teorię za jedną z najbardziej wpływowych teorii uwagi. Jej autorzy przedstawili hipotetyczną funkcję uwagi, którą można określić jako wykonanie–zasoby (*Performance-Resource Function*, PRF). Według autorów wykonanie może się zmieniać w mniejszym lub większym stopniu wraz ze zmianami w dostępności zasobów. Procesy przetwarzania informacji mogą być ograniczone bądź przez zasoby, bądź przez dane w sytuacji, gdy wykonanie zadania zależy od jakości sygnału. Należy dodać, że PRF nie jest bezpośrednio obserwowalna, ponieważ nie można mierzyć zasobów i wykonania zadania niezależnie. Najbardziej rzetelnie można badać tę funkcję w ten sposób, że badani wykonują dwa zadania w warunkach odmiennych instrukcji przed przystąpieniem do nich. Jeśli zadania są wykonywane dzięki jednej grupie zasobów, priorytetowe traktowanie jednego zadania może być osiągnięte jedynie przez odwracanie zasobów od drugiego. Przeciwnie, jeśli wykonanie jest ograniczone przez dane, wykonanie jednego zadania nie będzie zależne od wykonania drugiego zadania (Wells, Matthews, 1994).

Niektórzy autorzy formułują pod adresem teorii zasobów krytyczne uwagi. Jak wykazał Navon (1984, za: Wells, Matthews, 1994), interpretacja wszystkich bądź większości wyników badań eksperymentalnych weryfikujących teorie zasobów, jest utrudniona przez to, że koszty wymiany (coś za coś) mogą być generowane przez mechanizmy inne niż alokacja zasobów, takie jak na przykład ukryte wymagania

sytuacji badawczej (*demand characteristic*), czyli sygnały pojawiające się w sytuacji eksperymentalnej, które wpływają na spostrzeganie przez osoby badane oczekiwań badacza wobec nich, a które oddziałują z kolei na ich zachowanie w tej sytuacji. Najpoważniejszym argumentem przeciwko teorii zasobów jest to, że trudno wytłumaczyć przejrzyste wyniki, gdy może mieć miejsce zakłócenie wykonania podwójnego zadania poprzez przeciążenie specyficznych struktur, konflikt celów, czy wyłaniające się właściwości specyficznych kombinacji zadania.

Podsumowując przegląd teorii selekcji oraz podzielności uwagi (głównie teorii zasobów), warto przytoczyć następujące stwierdzenie Sternberga (1999, s. 89):

Teorie filtra i wąskiego gardła mogą być lepszymi metaforami w celu wyjaśnienia współzawodniczących zadań, które wydają się nie do pogodzenia ze względu na uwagę, takich jak zadania dotyczące pamięci selektywnej czy proste zadania dotyczące pamięci podzielnej. Natomiast teoria zasobów uwagi wydaje się być lepszą metaforą dla wyjaśniania zjawisk uwagi podzielnej przy złożonych zadaniach, w których obserwuje się wpływ ćwiczenia. Zgodnie z tą metaforą w miarę jak każde zadanie staje się coraz bardziej zautomatyzowane, wykonywanie każdego z nich nakłada coraz mniejsze wymagania na ograniczone zasoby uwagi.

Teorie przedłużonej koncentracji. Według teorii przedłużonej koncentracji, trwała, przedłużona w czasie uwaga stanowi synonim czujności (*vigilance*), czyli stanu gotowości na wykrycie, rozpoznanie i reakcję w sytuacji subtelnych zmian w środowisku, które zachodzą przypadkowo w dłuższym odcinku czasu. Jest oczywiste, że po pewnym czasie koncentracji uwagi na jednym źródle lub kilku źródłach informacji może nastąpić osłabienie czujności. Zazwyczaj zachowanie ludzi w warunkach wymagających przedłużonej koncentracji uwagi analizuje się, wykorzystując język detekcji sygnałów, na przykład eksploracji podlegają fałszywe alarmy (reakcja na szum lub dystraktor) lub błędy ominięcia (zignorowanie sygnału; Nęcka i in., 2006).

Konekcjonistyczne teorie uwagi. Ciekawe podejście do uwagi oferują modele równoległego przetwarzania (*Parallel-Distributed Processing*, PDP). Głównym założeniem leżącym u ich podłoża jest to, że wiele wzajemnie powiązanych z sobą jednostek przetwarzania funkcjonuje równolegle, przy czym każdą z nich cechuje poziom aktywacji ściśle z nią związany. Według tego ujęcia przetwarzanie informacji polega na rozprzestrzenianiu się aktywacji między jednostkami oraz na jej zanikaniu lub zahamowaniu. Zmianami w aktywacji rządzą matematyczne algorytmy, tworzące kilka klas (Rumelhart, Hinton, McClelland, 1986; zob. też: Wells, Matthews, 1994). Specyfikacja algorytmów umożliwia symulację funkcjonowania konekcjonistycznych

modeli za pomocą programów komputerowych. Wszystkie algorytmy nawiązują do siły połączeń między jednostkami lub wag, które decydują o tym, czy aktywacja będzie rozprzestrzeniać się od jednej jednostki do innych, na przykład powiązanie między słowami *chleb* i *kanapka* będzie tak silne (innymi słowy, będzie miało tak dużą wagę), że aktywacja jednego z nich będzie powodowała aktywowanie drugiego. Zwolennicy teorii konekjonistycznych uważają, że nie istnieje żaden odrębny uwagowy mechanizm selekcyjny, natomiast zjawiska, które przypisuje się uwadze, są spontanicznie generowane przez właściwości sieci, bez udziału kontroli wykonawczej. Przykładowo, pacjenta cierpiącego na obsesję dotyczącą słów związanych z brudem i chorobą mogą cechować behawioralne rozproszenie i selektywna uwaga skierowana ku tym słowom. Tradycyjna psychologia poznawcza przypisałaby tę reakcję silnej wrażliwości chorego na związane z obsesją bodźce, zaś według podejścia konekjonistycznego przetwarzane jednostki aktywowane przez werbalne bodźce są „podłączone” do innych jednostek przetwarzania w sposób, który można określić jako patologiczny. Dla przykładu, jednostki związane ze słowami dotyczącymi obsesji mogą być powiązane za pomocą połączeń o dużej wadze z jednostkami związanymi z kompulsywnymi reakcjami, a te ostatnie z kolei wpływają na zachowanie chorego. Zatem funkcjonowanie uwagi jest konsekwencją reakcji na bodźce pochodzące z sieci jako całości. W świetle tego ujęcia, nasuwa się wniosek, że może istnieć wiele typów uwagi związanych z różnymi aspektami funkcjonowania sieci. Konekjonistyczne podejście do uwagi można uznać za bardzo obiecujące. Nawet stosunkowo proste symulacje mogą wyjaśnić wiele zbiorów danych i generują nowe, na bazie których można testować ciekawe hipotezy. Według Wellsa i Matthews (1994), nasze rozumienie uwagi może tylko skorzystać z wyrażenia teorii w formie liczbowej. Warto dodać, że konekjonizm umożliwia eksplorację interakcji między wiedzą wysokiego poziomu analogiczną do schematów i procesami niskiego poziomu (np. o charakterze sensorycznym). Należy pamiętać przy tym, że w modelach PDP schematy nie są prezentowane *explicite*, lecz stanowią one silnie powiązane układy jednostek, przy czym aktywacja jednego z nich ma tendencję do aktywacji innych (Rumelhart i in., 1986; zob. też: Wells, Matthews, 1994).

Poziomy kontroli uwagi

Należy w tym miejscu podkreślić znaczenie podziału na poziomy kontroli uwagi. Według Nęcki (2000), w podziale na dwa poziomy przetwarzania informacji widoczne są związki uwagi ze świadomością. Schneider i Shiffrin (1977, za: Jaśkowski, 2009; zob. też: Maruszewski, 2001; Nęcka, 2000; Wells, Matthews, 1994) rozróżnili dwa różne poziomy kontroli uwagi, a mianowicie poziom procesów automatycz-

nych (np. procesów przetwarzania przeduwagowego; zob. też: Maruszewski, 2001) i poziom procesów kontrolowanych. Według tych autorów procesy automatyczne są niezależne od uwagi, opierają się na prostych związkach między bodźcem i działaniem, a osoba nabywa je poprzez długą praktykę. Procesy kontrolowane (czyli wolicjonalne, intencjonalne), jak na przykład wyszukiwanie w pamięci, stanowią odzwierciedlenie aktualnego stanu uwagi, intencji i celów jednostki. Procesy automatyczne są zazwyczaj uruchamiane przez bodźce zewnętrzne. To, co aktualnie znajduje się w centrum uwagi jednostki, jest świadome, dlatego podział na procesy automatyczne i kontrolowane nierzadko był utożsamiany z podziałem na procesy nieświadome i świadome (Hommel, 2007, za: Jaśkowski, 2009).

Warto przyjrzeć się najczęściej wymienianym różnicom między automatycznym a kontrolowanym przetwarzaniem informacji. Schneider, Dumais i Shiffrin (1984, za: Wells, Matthews, 1994) twierdzą, że automatyczne przetwarzanie informacji jest odruchowe, jest ono wyzwalane przez pewne bodźce (dane wejściowe), a ponadto jest ono trudne do zatrzymania czy regulacji. Z kolei kontrolowane przetwarzanie informacji jest sterowane przez przemyślane: plan lub strategię. O ile przetwarzanie automatyczne towarzyszy zadaniom łatwym i znajomym, o tyle przetwarzanie kontrolowane zachodzi w przypadku zadań trudnych, nowych i nieprzewidywalnych (Maruszewski, 2001; Wells, Matthews, 1994). Podczas gdy przetwarzanie kontrolowane wymaga dużej ilości zasobów, przetwarzanie niekontrolowane – wręcz przeciwnie. Ponadto przetwarzanie automatyczne angażuje proste procesy poznawcze, zaś przetwarzanie kontrolowane – procesy złożone (Maruszewski, 2001). Wreszcie przetwarzanie kontrolowane jest bardziej dostępne dla świadomości niż przetwarzanie automatyczne, chociaż najmniejsze szczegóły przetwarzania kontrolowanego mogą nie być dla niej dostępne (Wells, Matthews, 1994). Warto podkreślić, że procesy automatyczne przebiegają w sposób równoległy, zaś procesy kontrolowane – w sposób sekwencyjny, a mianowicie w tym drugim wypadku jednostka może przystąpić do wykonania następnej czynności jedynie wówczas, kiedy zakończona została czynność poprzednia (Maruszewski, 2001). Według Kolańczyk (1997), automatyczne przetwarzanie informacji nie wymaga wysiłku i trwa ułamki sekund, dlatego jest ono introspekcyjnie niedostępne. Procesy automatyczne powstają w wyniku wielokrotnego powtarzania czynności w identyczny, standardowy sposób. W rezultacie proces zautomatyzowany jest ciągiem skojarzeń między elementarnymi jednostkami pamięci. Sekwencje tych jednostek podlegają aktywacji bez udziału uwagi. Brak „wglądu” w przebieg czynności automatycznych sprawia, że nie można ich wygasić w sytuacji, gdy już zostały rozpoczęte, ani ich modyfikować (Kolańczyk, 1997). Z kolei kontrolowane przetwarzanie informacji polega na kontrolowanej przez osobę czasowej aktywizacji elementarnych jednostek pamięci. Procesy automatyczne

można zatem uznać za odpowiadające zachowaniom reaktywnym, zaś procesy kontrolowane – za odpowiadające czynnościom celowym w ujęciu Tomaszewskiego (Kolańczyk, 1997).

W odniesieniu do procesów automatycznych i kontrolowanych, można mówić o:

kontinuum, którego krańcami są z jednej strony czynności całkowicie automatyczne, nieobciążające uwagi, szybkie, doskonale wyuczone, a z drugiej strony – czynności całkowicie poddane świadomej kontroli, obciążające uwagę, wolne i niewyuczone. Wszelkie czynności zajmujące pośrednie miejsce na tym kontinuum są częściowo uświadomione, częściowo również zajmują pole uwagi i jej zasoby (Nęcka, 2000, s. 79).

W codziennym życiu umiejscowienie kontroli przesuwają się w granicach tego kontinuum. Docierające bodźce będą wywoływać procesy automatyczne, jednakże w sytuacji informacji zwrotnych o niepowodzeniu w wykonywaniu zadania będą uruchamiane procesy kontrolowane (Wells, Matthews, 1994).

Logan (1988, za: Maruszewski, 2001) stwierdził, że podział na czynności automatyczne i kontrolowane jest dużym uproszczeniem, gdyż obie grupy – czynności automatycznych i czynności kontrolowanych – zawierają czynności o bardzo różnym charakterze. Do czynności automatycznych należy między innymi efekt torowania percepcyjnego, czyli zjawisko, które polega na ułatwieniu spostrzegania wskutek odebrania wcześniej jakiegoś innego bodźca (bodziec ten nie musi zostać uświadomiony), przy czym jednostka nie może, choćby bardzo tego chciała, uświadomić sobie torowania percepcyjnego i wpłynąć na jego przebieg. Z kolei na przykład zawiązywanie krawata zazwyczaj ma charakter automatyczny, ale przy pewnym wysiłku osoba, która wykonuje tę czynność, może uświadomić sobie kolejne jej fazy (Maruszewski, 2001). Warto również podkreślić, że czynności kontrolowane mogą przekształcić się w czynności automatyczne wskutek procesu uczenia się, gdyż wielokrotne powtarzanie jakiejś czynności może doprowadzić do automatycznego jej wykonywania, chociaż jest to inny typ automatyzmu niż ten, który występuje w przypadku torowania percepcyjnego (Maruszewski, 2001).

Mówiąc o podziale na czynności automatyczne i kontrolowane, warto wspomnieć, że badacze wyróżniają także uwagę wolicjonalną i uwagę mimowolną (Corbetta, Kincade, Shulman, 2002, za: Jaśkowski, 2009). Uwaga wolicjonalna to mechanizm percepcyjny, który wiąże się z przygotowaniem do selekcji bodźców i z samą ich selekcją oraz z reakcją określoną przez cel, natomiast uwaga mimowolna jest mechanizmem percepcyjnym, którego rolą jest wykrywanie bodźców istotnych dla zachowania jednostki (szczególnie silnych, wyrazistych lub niespodziewanych;

Jaśkowski, 2009). „Takie bodźce, które przechwytyują uwagę, będziemy nazywać bodźcami behawioralnie wyrazistymi” (Jaśkowski, 2009, s. 109).

Dokonując rozróżnienia na procesy automatyczne i kontrolowane, należy wspomnieć także o procesach uwagowych świadomych i nieświadomych, chociaż ten temat jest niemal zawsze obecny w dyskusjach na temat uwagi, na przykład dotyczących jej selektywności. Velmans (1999, za: Nęcka i in., 2006) stwierdza, że proces przetwarzania informacji można uznać za świadomy, gdy jednostka zdaje sobie sprawę z przebiegu procesu poznawczego i dysponuje wiedzą o jego rezultatach, przy czym świadomość tego procesu ma wpływ na jego przebieg. Z kolei według Baara (1997, za: Nęcka i in., 2006), proces można nazwać nieświadomym, jeśli nie wiąże się on z subiektywnym doświadczeniem i nie można go zrelacjonować czy odtworzyć, chociaż można zauważyć obiektywne skutki jego działania. Warto dodać, że Marcel (1983, za: Nęcka i in., 2006) oraz Cheesman i Merikle (1984, za: Nęcka i in., 2006) zaproponowali eksperymentalne sposoby weryfikacji, czy głębokie, semantyczne przetwarzanie informacji może mieć charakter nieświadomy. Aby przeprowadzić takie badania, konieczne było wypracowanie operacyjnej definicji bodźca podprogowego. Według Nęcki i in. (2006, s. 222):

Mianem **bodźca podprogowego** (subliminalnego) określa się stymulację, która jest wystarczająco silna, aby pobudzić organy sensoryczne, ale zbyt słaba, aby można ją było świadomie zauważyć. Bodziec podprogowy działa więc powyżej absolutnego progu percepcji, ale poniżej progu świadomości. Technicznie rzecz biorąc, podprogowy charakter stymulacji najczęściej uzyskuje się poprzez drastyczne skrócenie czasu jej trwania (nawet do kilku ms).

Poprzedzanie ma miejsce wtedy, gdy jeden bodziec (pryma, *prime*) wpływa na przetwarzanie następującego po nim bodźca docelowego (*target*). W starszych publikacjach psychologicznych podobne efekty określano jako „nastawienie” (Nęcka i in., 2006, s. 222). Pryma i bodziec docelowy powinny być powiązane sensorycznie (np. mieć identyczny lub podobny wygląd) lub semantycznie (np. mieć identyczne lub podobne znaczenie). Zatem nie można nazwać poprzedzaniem jakiegokolwiek oddziaływania – rzeczywistego lub potencjalnego – bodźca, który pojawia się wcześniej, na bodziec, który pojawia się później (Nęcka i in., 2006). Obecnie tego typu eksperymenty stosuje się bardzo często w obszarze psychologii poznawczej.

Selekcja uwagowa w oparciu o schematy

Historia pojęcia schemat i jego definiowanie. Historia terminu *schemat* i pokrewnych pojęć sięga 1932 roku (Markus, 1977). „Pojęcie schematu pojawiło się w psychologii za sprawą Bartletta” (1932, za Maruszewski, 2001, s. 53; zob. też: Rumelhart, 1980). „Sam Bartlett mówi, że zapożyczył go od Heada (1926). Jednakże wydaje się, że już zastosowanie tego terminu przez Kanta (1787) antycypowało jego główną treść pojęciową” (Rumelhart, 1980, s. 431; zob. też: Maruszewski, 2001). W ujęciu Kanta (1781, za: Caprara, Cervone, 2000), pojęcie schematu nawiązywało do przyswajania wiedzy, a w ujęciu Bartletta (1932, za: Caprara, Cervone, 2000) do badania pamięci. Jako następców Bartletta, Markus (1977) wymienia takich badaczy, jak: Piaget, Kelly i Kelley. Następnie pojęcia schematów przyczynowych, skryptów i prywatnych teorii osobowości zostały zaprezentowane przez psychologów społecznych (Markus, 1977).

Caprara i Cervone (2000) twierdzą, że struktury wiedzy człowieka nie tylko służą do rozróżniania informacji, ale i do decydowania, na którą z nich osoba będzie zwracać uwagę i jak wypełni luki w tej informacji, gdy jest ona niekompletna. Badacze stwierdzają, że niektóre aspekty wiedzy są nie tylko dostępne, ale i wysoce wypracowane i zorganizowane. Te zorganizowane hierarchicznie, aktywne poznawcze struktury nazywane są schematami, czyli uproszczonymi, uogólnionymi reprezentacjami pewnych obiektów (Kofta, Doliński, 2000; zob. też: Caprara, Cervone, 2000). Schemat, obok treści informacji, zawiera również organizację i strukturę tej informacji (Dozois, Frewen, Covin, 2006), co oznacza, że jest czymś więcej niż tylko listą informacji lub faktów. Schematy są wzajemnie powiązane, organizując sieci wiedzy, które są nieraz bardzo bogate i skomplikowane (Caprara, Cervone, 2000).

Istnieje wiele definicji pojęcia schematu. „Bartlett rozumiał schematy jako uogólnioną wiedzę na temat pewnego wycinka środowiska, będącą wynikiem wielokrotnych kontaktów z tym wycinkiem” (Maruszewski, 2001, s. 53). Mandrosz-Wróblewska (1985) z kolei przytacza następującą definicję schematu za Neisserem (1976, s. 54): „schemat to struktura przyjmująca informacje napływające z powierzchni sensorycznych, przekształcana przez te informacje; wyznacza ona ruch i aktywność eksploracyjną, które sprawiają, że dostępnych jest więcej informacji w dalszym ciągu modyfikujących strukturę” (s. 101; zob. też: Markus, 1980).

Ponadto Greenwald i Pratkanis (1984) piszą, że według Neissera schemat jest jak format w języku programowania komputerów, ale także jest on planem wyszukiwania odpowiednich obiektów i wydarzeń, w celu umieszczenia ich w formacie i wykonawcą tego planu. Z kolei Johansson (2006) uważa, że schematy są to funkcjonalne struktury wiedzy oparte na wczesnych doświadczeniach i skumulowane podczas dalszych doświadczeń życiowych jednostki. Innymi słowy, są to systemy

przekonań, wokół których organizuje ona i przetwarza przychodzącą informację, co z kolei wpływa na zachowanie.

Pojęcie schematu zajmuje ważne miejsce w pracach Becka. Badacz ten (Beck, 1967, 1976) definiuje schematy jako zniekształcone wzory myślenia, które, gdy są aktywowane, bezpośrednio wpływają na percepcję jednostki oraz interpretowanie przez nią zdarzeń w jej otoczeniu (zob. też: Jones i in., 2007). Te poznawcze wzory są trwałe i trudne do modyfikacji (Beck i in., 1979; zob. też: Mogg i in., 2001). Według Becka (1967, s. 283):

schemat jest strukturą służącą do skanowania, kodowania i oceniania bodźców, które oddziałują na organizm. Jest to sposób, przez jaki środowisko jest monitorowane i organizowane ze względu na jego liczne psychologiczne aspekty. Na podstawie schematów, jednostka jest zdolna do kategoryzowania oraz interpretowania doświadczenia w znaczący sposób (zob. też: Ainsworth i in., 2002; Padesky, 1994).

W świetle teorii Becka (1967, 1976) schematy można określić jako struktury dla interpretowania wydarzeń i doświadczeń w określony, „sensowny” dla danej jednostki sposób (Ainsworth i in., 2002) albo jako „szablony, które zarówno kierują interpretacją informacji przychodzącej, jak i determinują poznawcze, afektywne, psychofizjologiczne i behawioralne reakcje” (Mogg i in., 2001, s. 140). Takie rozumienie schematów przez Becka znalazło odzwierciedlenie w późniejszych pracach, których był współautorem, a w których definiowano schematy jako „bazę dla porządkowania i kodowania różnorodnych bodźców z którymi styka się jednostka” (Beck i in., 1979, s. 12–13; zob. też: Padesky, 1994) oraz jako „specyficzne prawa, które rządzą przetwarzaniem informacji i zachowaniem” (Beck i in., 1990, s. 8; zob. też: Padesky, 1994). Z kolei w pracy Clarka, Becka i Alforda (1999) schematy są zdefiniowane jako:

relatywnie trwałe wewnętrzne struktury zmagazynowanych ogólnych lub prototypowych cech bodźców, idei lub doświadczeń, które są używane w celu organizacji nowej informacji w znaczący sposób, dzięki czemu możliwe staje się określenie, jak dane zjawiska są postrzegane lub conceptualizowane (s. 79; zob. też: Dozois i in., 2006).

Do intensywnego rozwoju wiedzy na temat schematów przyczynił się niewątpliwie Young (1999, za: Mogg i in., 2001; zob. też: Madej, 2010), który rozwinął terapię zaburzeń osobowości opartą na centralnym znaczeniu schematów. Badacz definiuje schematy jako:

skrajnie stabilne i odporne na zmianę tematy, które rozwijają się podczas dzieciństwa, są wypracowywane w okresie życia jednostki i są w znaczącym stopniu

dysfunkcjonalne. Te schematy służą jako wzory (matryce, szablony) dla przetwarzania późniejszego doświadczenia (Young, 1999, za: Mogg i in., 2001, s. 141).

Teoria Younga skoncentrowana na schematach (*Young's schema focused theory*) wzbogaca poznawczy model Becka i prezentuje nowy konstrukt, określony przez badacza (1999) jako Wczesne Dezadaptacyjne Schematy (*Early Maladaptive Schemas, EMS*). Są to, według autora, wszechogarniające tematy dotyczące danej osoby i jej relacji z innymi, które funkcjonują poza jej świadomością i które stanowią konsekwencję jej wczesnych relacji z osobami znaczącymi (Jones i in., 2007). Według Younga (1999, za: Jones i in., 2007) są to:

samo-napędzające się, wysoce stabilne struktury, które nie podlegają modyfikacji z powodu trzech konstruktów: utrzymywania, unikania i kompensacji. Te procesy tłumaczą funkcjonowanie schematów u jednostki: pojęcie „utrzymywanie schematów” nawiązuje do procesów, poprzez które EMS są wzmacniane, pojęcie „unikanie schematów” jest związane ze strategiami używanymi w celu uniknięcia aktywacji schematów, zaś pojęcie „kompensacja schematów” nawiązuje do poznawczych lub behawioralnych stylów stosowanych w celu nadkompensacji EMS (s. 167).

Young nazywa wyżej wymienione konstrukty „procesami schematycznymi” (*„schema processes”*; Young, 1999, za: Jones i in., 2007, s. 167; zob. też: Wells, Matthews, 1994). Z jednej strony zabezpieczają one jednostkę przed potwierdzeniem się negatywnych przekonań, jakie posiada ona na temat siebie, z drugiej zaś strony – pogłębiają jej stres (zob. też: Madej, 2010).

Jak już wspomniano, według konekcyjnych modeli przetwarzania równoległego, reprezentujących nowsze podejście do umysłu, każda jednostka przetwarzania informacji jest bardzo prosta, a aktywacja rozprzestrzenia się na wielką liczbę tych jednostek (Caprara, Cervone, 2000). Według tych teorii schemat poznawczy stanowi moduł systemu poznawczego, służący do budowania percepcyjnych i pamięciowych reprezentacji danej klasy obiektów lub zdarzeń. Zawiera on zarówno dane w postaci wartości, które można określić jako domyślne (hipotez), a które dotyczą tych obiektów lub zdarzeń, jak i procedury dobierania jednych wartości przy założeniu innych wartości (Najder, 1997). Wśród najważniejszych teorii schematów należących do tej grupy, należy wymienić: (1) teorię systemu ram Minsky'ego, (2) teorię skryptów–planów–tematów Schanka i Abelsona oraz (3) teorię schematów grupy LNR (od nazwisk twórców: Lindsay, Norman, Rumelhart, 1980, za: Najder, 1997; zob. też: Domańska, 1997). Wszystkie one powstały w połowie lat '70 XX w., a inspirację dla ich twórców stanowiła rewolucja informatyczna w psychologii, która wpłynęła na nawiązujący

do oprogramowania język, jaki stosowały. Na dużym poziomie ogólności wszystkie trzy teorie są praktycznie nierozróżnialne, poza nazwami nadanymi schematom („rama” u Minsky’ego; „skrypt”, „plan”, „temat” u Schanka i Abelsona; „schemat” w teorii LNR). *Rama* w teorii Minsky’ego oznacza zestaw schematów, które można określić jako nadrzędne, z kolei Schank i Abelson definiują *skrypty* jako codziennie stosowane schematy, *plany* jako schematy bardziej szczegółowe (na przykład plan napisania referatu, plan wyleczenia choroby itp.), z kolei *tematy* to według autorów schematy nadrzędne wobec skryptów i planów (Schank, Abelson, 1977, za: Najder, 1997). Warto w tym miejscu dodać, że Kendzierski (1980, za: Mandrosz-Wróblewska, 1985) uważał, iż pojęcie skryptu jest pokrewne pojęciu schematu, jednak w przeciwieństwie do tego ostatniego, dotyczy jednego typu sytuacji. Z kolei *schematy* grupy LNR oznaczają pierwotne wyrażenia, tzw. cegiełki (Najder, 1997; zob. też: Markus, 1977). Według Rumelharta (1980), jednego z autorów teorii grupy LNR:

Teoria schematów jest zasadniczo teorią wiedzy, teorią mówiącą o tym, jak wiedza jest reprezentowana i w jaki sposób ta reprezentacja ułatwia używanie wiedzy w określone sposoby. Zgodnie z teoriami schematu cała wiedza jest „spakowana” w jednostkach. Te jednostki to właśnie schematy. W tych „paczkach” poza samą wiedzą, zawarte są informacje o tym, jak wiedza ma być używana (s. 432).

Według Rumelharta (1980), pojęcie schematu i pokrewne pojęcia struktur beta, ram, skryptów, planów itp. są kluczowe dla badań prowadzonych przez przedstawicieli nauki poznawczej. Zdaniem autora te pojęcia nie są całkowicie synonimiczne, jednakże istnieje powszechna zgoda co do tego, że oznaczają one „cegiełki poznania” („*the building blocks of cognition*”, s. 432). Według badacza, są one fundamentalnymi elementami, na których opiera się wszelkie przetwarzanie informacji.

Warto dodać w tym miejscu, że „raz uformowane, schematy są utrzymywane w obliczu sprzecznych z nimi informacji poprzez proces zniekształcania, nie zauważania i dyskredytowania informacji przeciwnej lub też przez patrzenie na te informacje jako na wyjątek wobec schematycznego, a zatem »właściwego« prawa” (Padesky, 1994, s. 268). Łatwość, z jaką schematy są utrzymywane, nawet w obliczu sprzecznych z nimi informacji, jest poważnym dylematem dla terapeutów poznawczych (Padesky, 1994).

Schematy Ja. Nie ulega wątpliwości, że jedną z najważniejszych rzeczy, na temat której posiadamy wiedzę i którą interpretujemy jest Ja (*self*; Caprara, Cervone, 2000). Według Kofty i Dolińskiego (2000, s. 574), „informacje dotyczące samego siebie zajmują szczególne miejsce w całym systemie poznawczym podmiotu. Są one przetwarzane głębiej oraz pamiętane lepiej niż te, które nie odnoszą się do Ja

(Greenwald, Pratkanis, 1984; Markus, 1977)”. Według Wojciszke (2002), wśród różnych struktur wiedzy, struktura Ja jest rozbudowana najbardziej, a także cechuje ją chronicznie podwyższona dostępność pamięciowa (zob. też: „efekt odniesienia do Ja” i „efekt cocktail-party”; Wojciszke, 2002).

Pierwsza szczegółowa psychologiczna dyskusja nad Ja rozpoczęła się od wprowadzenia przez Jamesa w 1890 pojęcia świadomość *Ja* (Leary, Tangney, 2003). Ponadto badacz ten zauważył specyficzną dwoistość Ja, które składa się z „Ja poznanego” („*self as known*”), inaczej mówiąc „Ja podmiotowego” i „Ja poznającego” („*self as knower*”), inaczej mówiąc „Ja przedmiotowego”, dzięki czemu można go nazwać pionierem poznawczego podejścia do tożsamości (Greenwald, Pratkanis, 1984). W połowie XX wieku nastąpił intensywny rozwój badań nad Ja dzięki neofreudystom (np. Horney) i humanistom (np. teoria Masłowa na temat samoaktualizacji). Badania przeprowadzone w II połowie XX wieku przyniosły trzy znaczące osiągnięcia w tym obszarze: (1) intensywne badania nad samooceną, (2) znaczący wkład psychologii poznawczej do badań nad Ja oraz (3) intensywny rozwój badań nad myślami i procesami dotyczącymi wewnętrznej kontroli (Leary, Tangney, 2003). Zastosowanie perspektywy poznawczej bardzo zintensyfikowało rozwój badań nad Ja w psychologii (Leary, Tangney, 2003).

Do niedawna uważano, że „pojęcie Ja stanowi zwartą, monolityczną całość, a wysiłki badawcze skupiano na zaledwie jednym jej aspekcie, czyli na samoocenie” (Campbell, Assanand, Di Paula, 2004, s. 70), jednakże liczne obserwacje i badania przeprowadzone głównie przez psychologów społecznych wykazały, że „Każdy z nas ma ogromną wiedzę na temat własnej osoby, czyli rozbudowaną strukturę Ja” (Wojciszke, 2002, s. 136). Markus i Wurf (1987) podkreślają, że koncepcja Ja nie może być traktowana jako jednolita całość i twierdzą, że jest ona wielopłaszczyznowym fenomenem. Według autorek, struktura Ja jest wielowymiarowa, wieloaspektowa i dynamiczna, przy czym używają one dla wyrażenia tej dynamiki nazwy „aktywne Ja” (s. 301) oraz „pracująca, on-line, dostępna koncepcja Ja” („*working, on-line, accessible self-concept*”; s. 306; zob. też: Kanagawa, Cross, Markus, 2001; Markus, Cross, 1990; Markus, Nurius, 1986; Showers, Zeigler-Hill, 2003).

Według Kofty i Dolińskiego (2000, s. 565–566):

W wyniku poznawania świata i siebie formuje się w naszej pamięci **wiedza osobista**, spontanicznie wykorzystywana przez nas przy interpretowaniu nowych doświadczeń i sterowaniu zachowaniem. Wiedza ta jest zarazem produktem konstruowania zdarzeń, jak i źródłem (przesłanką) przyszłych usiłowań jednostki, by nadać sens i strukturę własnym doświadczeniom.

Ze względu na to, że termin *wiedza* kojarzy się z czymś trafnym i obiektywnym, niektórzy psychologowie używają w odniesieniu do Ja następujących określeń:

„przekonania o sobie”, „schematy Ja” lub „koncepcja Ja” (Kofta, Doliński, 2000; Leary, Tangney, 2003). Warto wyjaśnić w tym miejscu, że Leary i Tangney (2003) podkreślają konieczność rozróżnienia między Ja a wiedzą lub przekonaniami na temat siebie, na przykład „koncepcją Ja” czy „schematem Ja” (s. 7). Z drugiej strony Stein i Corte (2007) traktują te pojęcia jako synonimy, co należałoby uznać za dość kontrowersyjne.

Mandrosz-Wróblewska (1985) stwierdza, że spójność reakcji w szeregu zadań polegających na opisywaniu siebie, a także zbieżność rezultatów różnych zadań poznawczych wymagających osądu własnej osoby, świadczą o zorganizowaniu wiedzy i wykształceniu schematów Ja (zob. też: Baumeister, 1998; Kofta, Doliński, 2000). W ujęciu Markus (1990), która jako pierwsza zainteresowała się funkcjami schematów (zob. też: Markus, 1977), „rdzenne Ja” („*core self*”; s. 242) to złożona struktura pamięci, która składa się z „układu schematów Ja” („*collection of self-schemas*”; Markus, 1990, s. 242), czyli wyspecjalizowanych części (struktur) wiedzy o Ja w specyficznych obszarach treści (zob. też: Stein, Corte, 2003), przy czym ich bliski związek oznacza, że osoba jest schematyczna w jakimś zakresie (zob. też: Greenwald, Pratkanis, 1984). Podobnie według Johansson (2006) schematy Ja to zorganizowane poznawcze struktury opisujące Ja. Z kolei Stein i Corte (2007) określają schematy Ja jako indywidualne organizacje wiedzy, które z jednej strony są poznawczymi produktami interakcji jednostki ze światem społecznym, z drugiej zaś strony – kształtują te interakcje. Według Markus (1977), schematy Ja to „poznawcze generalizacje o Ja, wywiedzione z doświadczeń, których rolą jest organizacja przetwarzania związanych z Ja informacji, zawartych w indywidualnym społecznym doświadczeniu i kierowanie nim” (s. 64; zob. też: Caprara, Cervone, 2000; Cash, 2002; Cash, Labarge, 1996; Markus, 1980; Markus i in., 1987), są to inaczej reprezentacje poznawcze Ja (Markus, 1980). W późniejszym okresie działalności naukowej Markus i in. (1987) twierdzili, że schematy Ja są strukturami złożonymi z poznawczych i afektywnych reprezentacji, które dotyczą naszych fizycznych cech, naszych postaw i preferencji oraz naszych behawioralnych zwyczajów. Z kolei Caprara i Cervone (2000) twierdzą, że są to „dynamiczne struktury wiedzy, które wpływają na przyswajanie oraz interpretację nowej informacji o sobie i innych” (s. 263), zaś według Becka i współpracowników (1990; zob. też: Cash, Labarge, 1996), schematy Ja to poznawcze struktury, które organizują doświadczenie i działanie, a ich treść jest odzwierciedlona w wewnętrznych prawach, postawach, przekonaniach i przeświadczeniach, co znajduje wyraz w myślach, emocjach i zachowaniu. Warto dodać, że Higgins (1990) nazywa schematy Ja konstruktami poznawczymi, chociaż Bąk (2002), opisujący teorię Higginsa, używa terminu: *schematy poznawcze*. Z kolei Sorrentino i Short (1986) uważają za pokrewne terminy: *schematy Ja* (Markus, 1977; Rogers i in., 1977) i *dostępne konstrukty* (Higgins, King, 1981; Higgins i in., 1982).

Według Kofty i Dolińskiego (2000), o ile przekonania czy schematy dotyczą poszczególnych sfer funkcjonowania jednostki, o tyle tak zwane pojęcie Ja jest bardziej ogólną strukturą, składającą się z wielu takich schematów (zob. też: Stein, Corte, 2007). Markus (1980) zaproponowała pojęcie autoschematu dla opisu obszaru Ja, w zakresie którego człowiek ma dobrze sprecyzowane poglądy i bogatą wiedzę o sobie (zob. też: Caprara, Cervone, 2000). Ludzie wykształcają autoschematy w dziedzinach, które są dla nich ważne, ponieważ odróżniają ich one od innych, definiują wartość ich osoby i dotyczą wielu podejmowanych przez nich aktywności (Wojciszke, 2002). Wskaźnikiem wykształcenia określonego autoschematu jest krańcowość sądów o sobie w danej dziedzinie i uważanie tej ostatniej za ważną (Wojciszke, 2002). Warto dodać, że według Jarymowicz (2001) wiedzę tożsamościową cechuje różnorodność i jest ona zapisana w postaci skryptów czy schematów poznawczych, do pewnego stopnia wzajemnie niezależnych. Gdy pozostają one niezintegrowane, znajdują swój wyraz w zmienności wizerunków samego siebie, jednak umysł może dokonać integracji różnych wizji własnej osoby poprzez zbudowanie „prototypu Ja” (s. 106), w odpowiedzi na nadrzędne pytanie tożsamościowe: „Kim jestem?” (s. 114; zob. też: Jarymowicz, Codol, 1979; Markus, Zajonc, 1985).

Aktywacja schematów. Podstawowym założeniem teorii Becka (1967, 1976) jest stwierdzenie, że podatność na zaburzenia psychiczne i utrzymywanie się tych zaburzeń są związane z aktywacją leżących u ich podłoża dysfunkcyjnych schematów. Aktywacji takich schematów towarzyszą specyficzne zmiany w przetwarzaniu informacji, które odgrywają ważną rolę w rozwoju i utrzymywaniu się afektywnych, fizjologicznych i behawioralnych komponentów zaburzeń psychicznych (Wells, Matthews, 1994).

Według Becka (1967, 1976) rozwój dezadaptacyjnych schematów ma miejsce we wczesnym dzieciństwie, w wyniku negatywnych doświadczeń (np. utrata rodzica, odrzucenie przez rówieśników, krytyka, tragedie itp.; zob. też: Jones i in., 2007), jednak pozostają one utajone do momentu, w którym uaktywnią je niekorzystne okoliczności (Beck i in., 1979; zob. też: Dozois i in., 2006), a konkretnie chodzi tutaj o sytuacje, które przypominają warunki, w których schematy zostały uformowane (Mogg i in., 2001; Wells, Matthews, 1994). Dysfunkcyjne schematy mają specyficzną treść wyprowadzoną z doświadczeń jednostki (Wells, Matthews, 1994). W ujęciu Becka (1967, 1976; zob. też: Beck i in., 1979; Mogg i in., 2001) schematy są prawdopodobnie aktywne podczas okresów, kiedy jednostka doświadcza symptomów zaburzenia psychicznego, na przykład depresji czy lęku. W innych okresach pozostają one latentne (czyli utajone, „uśpione”, „*dormant*”; Dozois i in., 2006, s. 174), odzwierciedlając chroniczną, leżącą głęboko podatność na zaburzenia psychiczne,

nawet wówczas, gdy u jednostki brak symptomów choroby. Raz aktywowany schemat wpływa na filtrowanie, kodowanie, przechowywanie, odzyskiwanie oraz interpretację informacji w sposób zgodny ze schematem (*in schema-congruent fashion*; Dozois i in., 2006; zob. też: Beck i in., 1979).

Już w 1957 roku Bruner podkreślał, że cechy bodźca tylko częściowo determinują, jak jest on kategoryzowany, ponieważ to głównie czynniki indywidualne decydują o tak zwanej „dostępności” (Bruner, 1957, za: Caprara, Cervone, 2000, s. 253) kategorii, to jest łatwości i szybkości, z jaką poszczególne kategorie przychodzą na myśl i przyciągają uwagę (Caprara, Cervone, 2000). Szczególną uwagę dostępności wiedzy poświęcił Higgins (1990; zob. też: Caprara, Cervone, 2000), przy czym zajmował się on m.in. dostępnością schematów Ja, nazywając je *konstruktami*. Według Higginsa (1990), o aktywizacji schematu decyduje pojawienie się sygnału wywołującego, czyli wyrazistego bodźca specyficznie związanego z treścią tego schematu. Dostępność zależy też w znacznej mierze od częstości, z jaką schemat aktywowany był w przeszłości. Higgins wymienia dwa typy dostępności konstruktów poznawczych, są to:

- dostępność czasowa, silnie uwarunkowana sytuacyjnie, jej zmienność jest duża, gdyż zależy od aktualnych oczekiwań i motywacji, czasu jaki upłynął od ostatniej aktywacji danej struktury, częstotliwości, z jaką była ona ostatnio aktywowana, czy też możliwości jej zastosowania w danej sytuacji. Czasową dostępność można zwiększać na przykład poprzez specyficzne techniki aktywacyjne – może być to prymowanie kontekstualne (zob. też: Bąk, 2002), czy też prymowanie odnoszące się do Ja (*self-referential priming*; zob. też: Bąk, 2002; Mogg, Bradley, 2005; Segal, Truchon, Gemar, Guirguis, Horowitz, 1995). Srull i Wyer (1979, za: Caprara, Cervone, 2000) twierdzą, że prawdopodobieństwo, iż konstrukt będzie użyty w celu zakodowania bodźca wzrasta, kiedy był on często aktywowany w przeszłości oraz w ostatnim czasie. Warto dodać, że takie efekty primingu nie są wynikiem świadomego wysiłku człowieka, dążącego do użycia danego konstruktu, a odzwierciedlają one nieświadome procesy poznawcze⁶. Poza prymowaniem, innym czynnikiem, mogącym mieć wpływ na dostępność konstruktu, jest jego użyteczność (Higgins, 1996, za: Caprara, Cervone, 2000). Konstrukt będzie z dużym prawdopodobieństwem zastosowany w przypadku bodźca, którego cechy pokrywają się z elementami konstruktu, na przykład jednostka może myśleć o kimś jako o człowieku agresywnym nie dlatego, że zostało w niej aktywowane pojęcie agresji, ale

⁶ Należy podkreślić, że wyróżniamy dwa rodzaje primingu: afektywny i semantyczny. Powstają one wskutek wielokrotnej ekspozycji bodźca semantycznie lub afektywnie powiązanego z daną kategorią poznawczą, której prawdopodobieństwo wykorzystania w procesach percepcyjnych i myślowych zamierza zwiększyć eksperymentator (np. Storbeck, Robinson, 2004).

- dlatego, że cechy tego człowieka (jak choćby określony ubiór) pasują do jej przekonań o wyglądzie osób agresywnych;
- dostępność chroniczna, znaczeniowo bliska pojęciu „cechy osobowości”. Jest to trwała dyspozycja lub „wyczulenie jednostki” (Higgins, 1990, s. 304) na określoną strukturę poznawczą. Struktury, które są często aktywowane (dostępność czasowa), stają się chronicznie dostępne (Higgins, 1990), łatwo ulegają aktywacji w szerszym zakresie mniej specyficznych sytuacji i można powiedzieć, że znajdują się one w stałym „pogotowiu poznawczym” (Higgins, 1990, s. 304; zob. też: Bąk, 2002; Caprara, Cervone, 2000; Kofta, Doliński, 2000). Według Kofty i Dolińskiego (2000, s. 566):

Prawdopodobnie centralne autoschematy Ja (cechy tożsamościowe, ze względu na które człowiek odróżnia siebie od innych i dokonuje samooceny – Markus, 1977) są chronicznie dostępne, co sprawia, że łatwo ich użyć przy ocenie siebie i innych w różnych sytuacjach (zwłaszcza nowych i wieloznacznych).

Zapewne dlatego Padesky (1994) twierdzi, że schematy mogą odgrywać centralną rolę w utrzymywaniu się chronicznych problemów, niezależnie od ich etiologii.

Podsumowując, Higgins (1990) sugeruje, że dostępna wiedza może być czasowo aktywowana przez czynniki sytuacyjne lub też może być chronicznie dostępna i wówczas będzie ona wpływać na selekcję informacji przez osobę w różnorodnych specyficznych kontekstach. Według Higginsa i in. (1982), osoby częściej używają konstruktów, gdy są one chronicznie dostępne i wcześniej poprzedzone prymą (zob. też: Caprara, Cervone, 2000).

Istnieją również dowody na to, że oceny bodźców pod względem walencji (pozytywne vs. negatywne) dokonywane przez ludzi, są zniekształcane przez ich stan nastroju. Takie oceny mogą być konsekwencją kierowanej przez schematy selektywnej uwagi dotyczącej zgodnych z nastrojem elementów bodźca (Wells, Mathews, 1994). Warto dodać za Koftą i Dolińskim (2000, s. 566), że:

Dostępność schematu oznacza, że ukierunkowuje on naszą uwagę, wpływa na sposób kategoryzacji i na interpretację nowej informacji oraz na wyciągane z niej wnioski, sprzyja wyszukiwaniu odpowiednich danych z pamięci, wreszcie – wpływa na oceny, podejmowanie decyzji oraz inicjowanie i kontrolę działania (...). Jest to więc taka część naszej wiedzy, która „tu i teraz” zarządza przetwarzaniem informacji i działaniem. Natomiast reszta wiedzy jest po prostu „niema”, nie wywiera żadnego widocznego wpływu na myślenie, uczucia i działanie.

Wpływ schematów na przetwarzanie informacji. Quimet, Gawronski i Dozois (2009) uważają, że „jednostki mają tendencję do przetwarzania informacji w sposób, który jest zgodny z ich poglądami na świat i na nich samych” (s. 459). Według Jarymowicz (2001, s. 105) „szczególne miejsce w studiach nad regulacyjną rolą Ja zajmują badania reguł rządzących przetwarzaniem informacji dotyczących własnej osoby. Z większości tych reguł podmiot nie zdaje sobie sprawy”. Natomiast Segal (1988) stwierdza, w oparciu o prace Markus (1977) oraz Rogersa i in. (1977), że „informacja jest lepiej pamiętana, kiedy jest przetwarzana w relacji do Ja, niż gdy jest przetwarzana z innej perspektywy” (Segal, 1988, s. 148). Według Markus (1977, s. 63) „wpływ poznawczych struktur na selekcję i organizację informacji jest prawdopodobnie najbardziej widoczny, kiedy przetwarzamy informacje o nas samych”, przy czym zapewne większość informacji przetwarzanych przez jednostkę dotyczy Ja i dużo różnorodnych struktur poznawczych jest zaangażowanych w przetwarzanie informacji tego typu (Markus, 1977). Według Markus (1980) „wydaje się, że jedną z przyczyn lepszego przypominania sobie informacji odnoszącej się do Ja jest to, że mamy więcej informacji o sobie i są one lepiej zorganizowane niż informacje o innych” (s. 123; zob. też: Mandrosz-Wróblewska, 1985).

Schematy poznawcze wciąż oddziałują na nasze myśli i działania (Caprara, Cervone, 2000). Zgodnie z hipotezą specyficzności poznawczej Becka (2005), schematy poznawcze wpływają na kierunek procesów zniekształcania (tzw. zniekształceń poznawczych), aktywowanych przez bodźce środowiskowe (zob. też: Woydyło, 2010). Istnieje wiele dowodów z obszaru psychologii poznawczej, że istnienie schematów powoduje systematyczne błędy w przetwarzaniu informacji w domenie istotnej dla jednostki, poprzez takie mechanizmy, jak: nadmierne wykorzystywanie schematów, selektywna uwaga i pamięć, perseweracja, iluzoryczna korelacja, błąd potwierdzenia, błąd egocentryzmu, fałszywy konsensus i dostępność heurystyk reprezentatywności (np. Nisbett, Ross, 1980; zob. też: Vitousek, Hollon, 1990). Pamiętając, że Higgins używa terminu *konstrukt* jako synonimu *schematu Ja*, warto przytoczyć następujące zdanie: „dostępność konstruktu to gotowość, z jaką jest on wykorzystany w przetwarzaniu informacji, oznacza to, że dostępność konstruktu wiąże się z przetwarzaniem informacji oraz z prawdopodobieństwem takiego ich wykorzystania” (Higgins, King, 1981, s. 71; zob. też: van Hesteren, 1992).

Według Markus (1977), schematy Ja, gdy już powstaną, „funkcjonują jak selektywne mechanizmy, które determinują, czy informacja przyciąga uwagę, jak jest konstruowana, jakie znaczenie jest jej przypisywane i co się z nią następnie stanie” (s. 64). Schematy Ja strukturalizują i organizują bodźce, gdyż ludzie interpretują je w świetle swojej wiedzy i przekonań (Caprara, Cervone, 2000). Według Mandrosz-Wróblewskiej (1985, s. 113) „schemat dostarcza wzorca pojęciowego, który uwrażliwia

na właściwości z nim związane”. Bez tego wzorca pewne bodźce nie będą zauważalne, jeśli nie będą wystarczająco wyraziste.

Markus (1977; zob. też: Caprara, Cervone, 2000; Mandrosz-Wróblewska, 1985; Markus, 1980; Markus i in., 1987; Markus, Wurf, 1987) założyła, że jeśli jednostka rozwinęła schemat Ja w danej dziedzinie, czyli jest schematykiem (*schematic*; Markus, 1977, s. 59) w tej dziedzinie, można oczekiwać, że będzie ona:

- przetwarzać informacje o sobie z tej dziedziny ze stosunkowo dużą łatwością i pewnością;
- lepiej pamiętać własne zachowania związane z tą dziedziną w porównaniu z innymi zachowaniami;
- przewidywać trafnie zachowania w tej dziedzinie;
- opierać się informacjom niezgodnym z tym schematem (z czasem osoba coraz bardziej opiera się takim informacjom);
- oceniać nowe informacje z perspektywy zawartości schematu i posiadać więcej zaufania do tych ocen niż do innych;
- przywoływać przykłady zachowań z tej dziedziny.

Zatem ktoś, kto jest „schematyczny” w pewnej dziedzinie Ja, prawdopodobnie będzie przetwarzać informację odnoszącą się do tej dziedziny odmiennie od kogoś, kto nie jest w niej schematyczny (Cash, 2002; Cash, Labarge, 1996; zob. też: Nieznański, 2004).

Liczne badania, na przykład dotyczące schematów Ja w dziedzinie płci (kobiecości/męskości; Markus, Crane, Bernstein, Siladi, 1982), zależności/niezależności (Markus, 1977), czy otyłości (Markus i in., 1987), dowiodły prawdziwości powyższej hipotezy (zob. też: Cash, Labarge, 1996; Wells, Mathews, 1994; Wojciszke, 2002). Cash i Labarge (1996) piszą, że schematy Ja wpływają na przetwarzanie informacji o Ja w dużej liczbie obszarów, włączając w to osobowość, tożsamość ról seksualnych, Ja społeczne oraz wagę/kształt i wygląd ciała. Na przykład schematyk w zakresie wyglądu będzie silnie reagował na szeroką rangę bodźców z nim związanych. Schematy dotyczące wyglądu odzwierciedlają założenia i przekonania na temat znaczenia wyglądu i jego wpływu na życie, włączając w to jego znaczenie dla poczucia tożsamości, wyrażające się na przykład w zdaniu „To, jak ja wyglądam, jest ważną częścią tego, kim jestem” (jest to jeden z itemów *The Appearance Schemas Inventory*; Cash, Labarge, 1996).

Warto dodać, że o tym, jak schematy Ja wpływają na przetwarzanie informacji, decyduje również to, czy są one pozytywne, czy też negatywne. Osoby z pozytywnymi schematami Ja przejawiają większe poziomy zaangażowania i wytrwałości w danej domenie, mówią o większej liczbie planów i strategii w tym zakresie, doświadczają bardziej pozytywnego afektu, gdy angażują się w działania z tego obszaru, postępują

bardziej konsekwentnie (to jest według intencji behawioralnych) niż te osoby, które mają takie same zamiary, ale nie posiadają pozytywnych schematów związanych z Ja w tym obszarze. Z kolei negatywne schematy Ja – powodują lęk, zahamowanie, niskie poziomy zaangażowania w daną dziedzinę i skutkują uzależnioną od kontekstu samooceną (Stein, Corte, 2007; zob. też: Andersen, Cyranowski, 1994). Caprara i Cervone (2000) piszą, że negatywne schematy Ja mogą być z sobą bardziej powiązane niż pozytywne schematy Ja.

Schematy i schematy Ja a zaburzenia psychiczne. Dozois i in. (2006) twierdzą, że gdy rdzenna treść schematu Ja jest negatywna, staje się on dezadaptacyjny. Należy podkreślić, że podejście Becka do zaburzeń psychicznych jest zasadniczo teorią schematów (Wells, Matthews, 1994). Beck zaproponował teorię schematów, bazując głównie na obserwacjach klinicznych (zob. też: Johansson, 2006). Według niego osoby z zaburzeniami psychicznymi, szczególnie lękowymi i depresyjnymi, cechują dezadaptacyjne schematy (Johansson, 2006; zob. też: Wells, Matthews, 1994) i osoby te odróżnia od osób zdrowych to, że przetwarzają informację związaną z ich troskami z perspektywy tego typu schematów (Beck, 1976; Johansson, 2006).

Wielu autorów zgadza się z takim podejściem do schematów, jakie zaproponował Beck. Na przykład według Mogg i in. (2001, s. 140) „schematy są hipotetycznymi konstruktami, które odgrywają ważną rolę w rozwoju i utrzymywaniu się emocjonalnych zaburzeń” (zob. też: Beck i in., 1979). Niewątpliwie najwięcej uwagi poświęcono w tym kontekście schematom Ja.

Wells i Matthews (1994) uważają, że jednym z najważniejszych schematów odpowiedzialnych za psychopatologię jest schemat Ja. Z kolei Vitousek i Hollon (1990) twierdzą, że schematy Ja są uważane za główne pojęcie stosowane w poznawczym ujęciu różnorodnych zaburzeń psychicznych, na przykład depresji, zaburzeń osobowości czy zaburzeń odżywiania. Również Jones i in. (2007) piszą o roli schematów w psychopatologii takich zaburzeń, jak: zaburzenia osobowości, depresja, zaburzenia lękowe i zaburzenia afektywne.

Według Markus (1990) osoby z zaburzeniami psychicznymi będą miały bardziej zauważalne schematy Ja w porównaniu z osobami zdrowymi, ponadto schematy Ja osób z tymi zaburzeniami będą różnić się od schematów Ja osób zdrowych pod względem treści, na przykład w depresji schematy Ja będą dotyczyć depresji, w społecznej fobii – lęków przed sytuacjami społecznym, w zaburzeniach odżywiania – problemów z jedzeniem (u osób z zaburzeniami odżywiania będą to przede wszystkim schematy Ja związane z wagą; Vitousek, Hollon, 1990; zob. też: Markus, 1990). Przykładowo, w przypadku osoby depresyjnej negatywny schemat dotyczący Ja (np. przekonanie „jestem beznadziejny”) zniekształca przetwarzanie informacji

(w tym ukierunkowanie zasobów przetwarzania), tak aby były one zgodne z tym schematem i aby w rezultacie schemat ten został utrzymany (Beck, 1976). Schematy Ja u osób z zaburzeniami psychicznymi wywierają silniejszy wpływ na przetwarzanie informacji niż inne typy schematów, gdyż prawdopodobnie są szczególnie dobrze wypracowane i zorganizowane (Markus, 1990; zob. też: Nieznański, 2004). Według Wellsa i Matthews (1994) dezadaptacyjne schematy u osób z zaburzeniami psychicznymi albo u jednostek podatnych na nie są mniej elastyczne niż schematy u osób zdrowych psychicznie. Warto w tym miejscu przywołać pojęcie *totalitarne Ja* (Greenwald, 1980, s. 603; zob. też: Greenwald, Pratkanis, 1984; Markus, Wurf, 1987), które charakteryzuje się konserwatyzmem poznawczym – osoba je posiadająca nie chce zmieniać posiadanych przez siebie schematów i w tym celu dokonuje odpowiedniej selekcji informacji.

Warto wspomnieć w tym miejscu o zniekształceniach poznawczych u osób z przekonaniami urojeniowymi, które nie tylko formują, ale i podtrzymują te ostatnie. Istotne jest, że można zauważyć analogię między urojeniowymi przekonaniami w zaburzeniach psychotycznych a sztywnymi, fałszywymi przekonaniami dotyczącymi ciała u osób z jadłowstrętem psychicznym. Nieznański (2003) wymienia następujące zniekształcenia poznawcze w tej grupie klinicznej: w sytuacji niepewności – „przeskakiwanie” do wniosków, zniekształcenia uwagi (czyli gromadzenie informacji potwierdzających urojenia), w sytuacjach społecznych – deficyt teorii umysłu oraz atrybucje zewnętrzne (zob. też: Bentall, Kaney, 1989; Jakubik, 1997; Kinderman, 1994).

Tendencyjność uwagi

Wprowadzenie. Tendencyjność uwagi (*attentional bias*) to skłonność do faworyzowania pewnej klasy bodźców emocjonalnych (Asanowicz, Wolski, 2007). Ten termin nawiązuje do założenia, że osoby z zaburzeniami psychicznymi różnią się od osób zdrowych pod względem przetwarzania bodźców, które są dla nich istotne, przy czym najczęściej są to zagrażające bodźce związane z ich zaburzeniem (Cisler, Koster, 2010; Williamson i in., 2004). Shafran, Lee, Cooper, Palmer i Fairburn (2008) podkreślają, że kwestia roli tendencyjności uwagi w psychopatologii jest intrygująca i ważna. Modele przetwarzania informacji, czyli modele poznawcze, wskazują na to, że fundamentalne błędy w przetwarzaniu informacji, w tym tendencyjność uwagi, odgrywają kluczową rolę w etiologii i utrzymywaniu się wielu zaburzeń psychicznych (Ainsworth i in., 2002; Battagliese, Lombardo, 2011; Fox, Russo, Bowles, Dutton, 2001; Mogg, Bradley, 2006; zob. też: np. Eysenck, 1992; Fox, Russo, Dutton, 2002; Mathews, MacLeod, 2005; Williams i in., 1997). Ainsworth i in. (2002) uważają, że typ emocjonalnego materiału i sposób, w jaki jest on przetwarzany, jest kluczowy dla

etiologii, utrzymywania się i leczenia lęku. Tendencyjność uwagi obserwuje się m.in. w zespole lęku uogólnionego (*Generalized Anxiety Disorder*, GAD), w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych, w zespołach paniki, w fobiach społecznych, ale także u osób mających jedynie podwyższony poziom lęku lub przebywających dłuższy czas w warunkach stresotwórczych (Asanowicz, Wolski, 2007). Ponadto tendencyjność uwagi cechuje osoby z depresją (np. Trapp, Kalzendorf, Baum, Hajak, Lautenbacher, 2018), z zaburzeniami odżywiania (np. Lee, Shafran, 2004), z zaburzeniem osobowości typu borderline (*Borderline Personality Disorder*, BPD; np. Kaiser, Jacob, Domes, Arntz, 2016), z zespołem stresu pourazowego (*Posttraumatic Stress Disorder*, PTSD; np. Briggs-Gowan i in., 2016), a także osoby uzależnione od alkoholu (np. Loeber i in., 2009) i od kokainy (np. Leeman, Robinson, Waters, Sofuoglu, 2014) oraz cierpiące na bezsenność (np. Zhou i in., 2018).

Należy podkreślić, że istnieje silny związek między tendencyjnością uwagi a typem oddziałujących na osobę bodźców. Udowodniono, że osoby cierpiące na zaburzenia lękowe lub o wysokich poziomach lęku, selektywnie przetwarzają informacje, które odczuwają jako zagrażające (Williams i in., 1997). Mathews i MacLeod (2005) twierdzą, że selektywna uwaga (a więc także tendencyjność uwagi) w przetwarzaniu zagrażających słów czy obrazów, ma związek przyczynowy z lękiem. W wielu teoriach lęku klinicznego tendencyjność uwagi jest uważana za inicjującą i utrzymującą stany lękowe. W szczególności podkreśla się znaczenie wczesnego wykrywania zagrożenia u osób z zaburzeniami lękowymi i o wysokich poziomach lęku (np. Eysenck, 1992; Williams i in., 1997). Według tego ujęcia osoby te są uwrażliwione na wykrywanie zagrożenia. W ich przypadku, gdy chodzi o procesy uwagi, zagrażająca informacja jest traktowana priorytetowo w porównaniu z neutralną i pozytywną informacją – na przykład Schmidt, Richey, Buckner i Timpano (2009) uważają, że tendencyjność uwagi, mająca miejsce w przetwarzaniu negatywnych społecznych bodźców, odgrywa etiologiczną i/lub utrzymującą rolę w zaburzeniach lękowych, na przykład w zespole lęku społecznego, inaczej nazywanego fobią społeczną (*Social Anxiety Disorder*, SAD; zob. też: Holas, 2015). Battagliese i Lombardo (2011) piszą, że wiele zaburzeń psychicznych cechuje tendencyjność w przetwarzaniu bodźców związanych z symptomami tych zaburzeń. Chociaż od wielu lat trwa dyskusja na temat tego, czy to tendencyjność uwagi wpływa na powstawanie zaburzeń psychicznych, czy też jest ona ich konsekwencją (Hoppitt, Mackintosh, 2009), jednak stan badań nad poznawczymi aspektami lęku dość wyraźnie wskazuje na to, że negatywna (czyli dotycząca bodźców zagrażających) tendencyjność uwagi jest czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych i na podstawie poziomu takiej tendencyjności uwagi można przewidywać późniejszą odporność emocjonalną na silny stres (Hoppitt, Mackintosh, 2009). Mogg i Bradley (2005) stwierdzają, że „kluczowym rysem

modeli poznawczych jest założenie, że zaburzenia emocjonalne takie, jak zespół lęku uogólnionego i duża depresja, są spowodowane i utrzymywane przez błędy w przetwarzaniu informacji zgodnej z emocją” (s. 30). Zatem badania poświęcone temu, jak pacjenci z zaburzeniami psychicznymi przetwarzają określoną informację, mogą znacznie wzbogacić naszą wiedzę na temat mechanizmów odpowiedzialnych za rozwój i utrzymywanie się tych zaburzeń (Johansson, 2006).

Neurofizjologiczne podstawy tendencyjności uwagi. Pierwszorzędną funkcją uwagi wizualno-przestrzennej jest prawdopodobnie umożliwienie natychmiastowego wykrycia i analizy nowych obiektów pojawiających się w środowisku (Yantis, 1996, za: Fox i in., 2001). Szczególną tendencję do „przechwytywania” uwagi mogą mieć bodźce emocjonalne: „każdy z codziennego doświadczenia wie, że zdarzenia wywołujące emocje błyskawicznie skupiają na sobie całą naszą uwagę” (Asanowicz, Wolski, 2007, s. 5). Teza Zajonca (1985; zob. też: Asanowicz, Wolski, 2007), według której afekt poprzedza wnioskowanie, została wielokrotnie potwierdzona empirycznie (np. LeDoux, 2000; zob. też: Asanowicz, Wolski, 2007). Badania psychobiologiczne (Öhman, 1993, za: Fox i in., 2002; Öhman, Soares, 1993, za: Fox i in., 2002) wykazały, że pierwotną funkcją lęku było ułatwienie detekcji niebezpieczeństwa w środowisku. Z kolei badania prowadzone w obszarze psychologii eksperymentalnej wykazały, że lękowe jednostki mogą być szczególnie wrażliwe na obecność w środowisku sygnałów świadczących o zagrożeniu (Fox i in., 2002). Wreszcie badania empiryczne w obszarach psychologii społecznej, poznawczej i klinicznej, a także neurobiologii (np. LeDoux, 2000; Pratto, 1994, za: Fox i in., 2001; Pratto, John, 1991; Williams i in., 1997) wykazały, że bodźce związane z zagrożeniem posiadają szczególną tendencję do przyciągania uwagi wizualnej i intensyfikowania przetwarzania informacji (Fox i in., 2001). Należy zatem za rozsądne uznać przyjęcie stanowiska, że potencjalnie niebezpieczne bodźce mogą zwyciężać w rywalizacji z innymi bodźcami w angażowaniu systemu wizualno-uwagowego, ponieważ za wysoce adaptacyjne można uznać zachowanie, polegające na szybkim wykrywaniu związanych z zagrożeniem bodźców i reagowaniu na nie (Fox i in., 2001). Według Asanowicza i Wolskiego (2007) bodźce odbierane przez zmysły podlegają błyskawicznej, automatycznej ewaluacji. Ocena taka ma swoje konsekwencje w postaci określonych zmian przebiegu procesu przetwarzania informacji. Jeśli bodźce ocenione są jako zagrażające, procesy uwagi zostają odpowiednio ukierunkowane na te bodźce i zogniskowane na nich. Automatyczne reakcje na bodźce potencjalnie zagrażające są efektem działania systemu alarmowego, ukształtowanego w procesie selekcji naturalnej, który chroni żywe organizmy przed niebezpieczeństwem i należy do uniwersalnego wyposażenia gatunkowego (Öhman, Mineka, 2001). System ten jest tendencyjnie nastawiony na wykrywanie

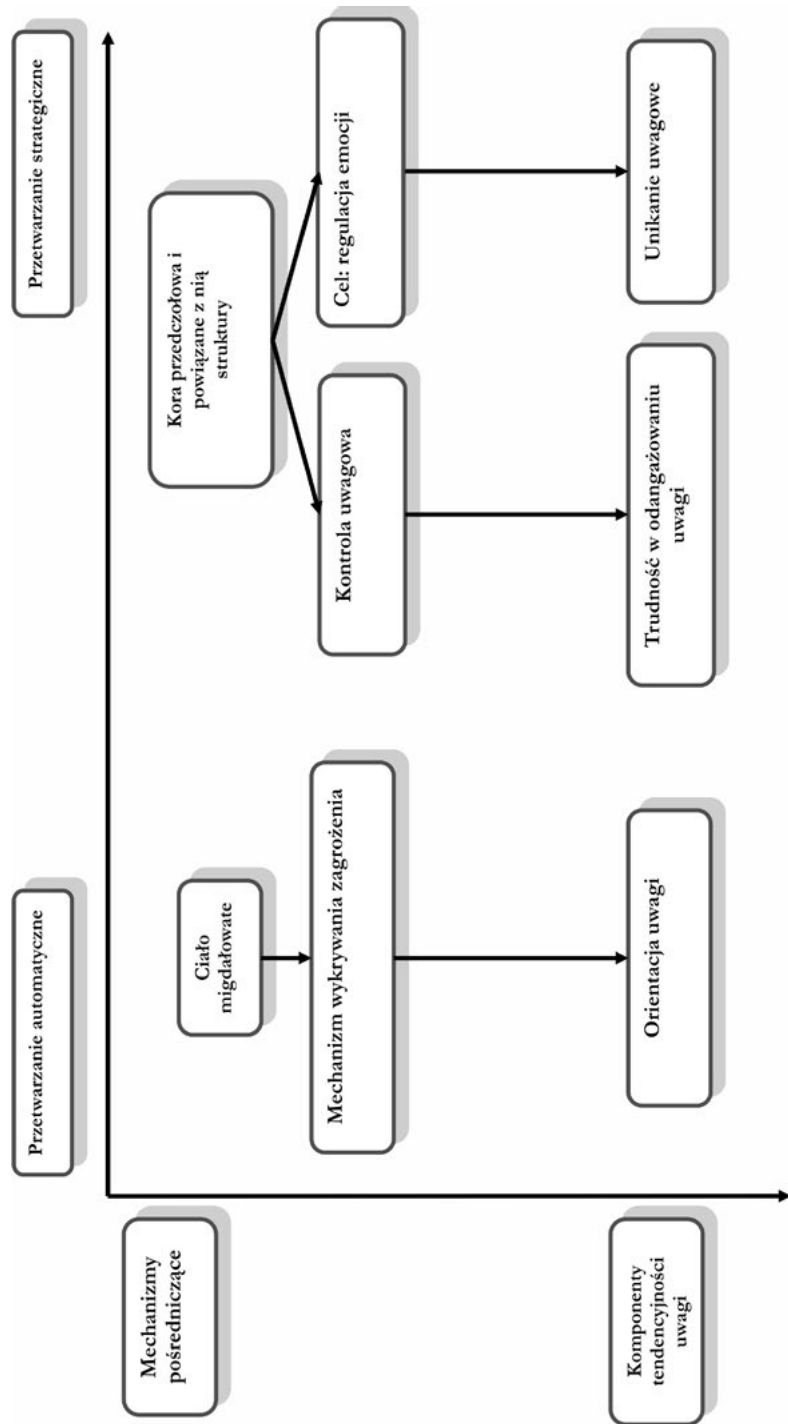
zagrożenia. Ukierunkowanie uwagi może zostać wyzwolone zupełnie nieświadomie, już na wstępnym etapie przetwarzania informacji, przez wyspecjalizowane detektory nastawione na wykrywanie zagrożenia, na przykład ciało migdałowe reaguje specyficznie już po podprogowej prezentacji samych oczu wyrażających lęk (Whalen i in., 2004). Podłoże neuronalne takiego systemu opisuje LeDoux (2000). Badania neurobiologiczne ujawniły, że aktywność jądra migdałowego może pośredniczyć w automatycznym przyciąganiu uwagi w kierunku zagrożenia (np. Carlson, Reinke, Habib, 2009, za: Cisler, Koster, 2010). Z kolei w opóźnionym odangażowaniu uwagi od zagrożenia może mieć udział aktywność kory przedczołowej (*prefrontal cortex*, PFC; Miller, Cohen, 2001, za: Cisler, Koster, 2010). Ta część mózgu prawdopodobnie może także uczestniczyć w unikaniu zagrożenia (Derryberry, Reed, 2002, za: Cisler, Koster, 2010). Wyniki badań z wykorzystaniem technik neuroobrazowania wyraźnie pokazują, że z procesami angażowania i odangażowywania uwagi związane są rejony zakrętu obręczy (Bush, Luu, Posner, 2000), natomiast mechanizm uwagi orientacyjnej jest związany z obszarami kory ciemieniowej (Corbetta, Shulman, 2002). Ten ostatni jest ponadto wyraźnie zlateralizowany w półkuli prawej (Compton, 2003; zob. też: Asanowicz, Wolski, 2007). Asanowicz i Wolski (2007) podkreślają, że:

Opisywane mechanizmy, z natury przystosowawcze, mogą jednak zacząć działać na naszą niekorzyść, prowadząc do powstania stanów lękowych, zaburzeń emocjonalnych, czy fobii (Öhman, Mineka, 2001). Dzieje się tak, gdy np. lęk pojawia się w sytuacjach, które nie stanowią realnego niebezpieczeństwa lub reakcje lękowe są nieproporcjonalnie duże w stosunku do domniemanego zagrożenia i trudne do opanowania (s. 5).

Komponenty tendencyjności uwagi. Według Quimet i in. (2009), liczne badania ujawniły, że uwaga nie może być traktowana jako jednolity jednowymiarowy konstrukt (zob. też: Posner, 1980), a Koster, Crombez, Verschuere i De Houwer (2006) piszą, że niewyjaśniona pozostaje natura błędów uwagi (zob. też: Fox i in., 2001). Niewątpliwie kwestia specyficznych komponentów/typów tendencyjności uwagi dla bodźców związanych z zagrożeniem jest wciąż tematem debaty (Bannerman, Milders, Sahraie, 2010). Warto wyjaśnić w tym miejscu, że chociaż należy badać tendencyjność uwagi dotyczącą bodźców pozytywnych, to jednak przede wszystkim to bodźce negatywne można określić jako „chwytające uwagę” (*„attention grabbing”*; Fox i in., 2002, s. 376; zob. też: Morgan, Rees, Curran, 2008; Pratto, John, 1991). Według Cislery i Kostera (2010) komponenty uwagowej tendencyjności nawiązują do obserwowalnej i mierzalnej jej charakterystyki („jak »wygląda« błąd

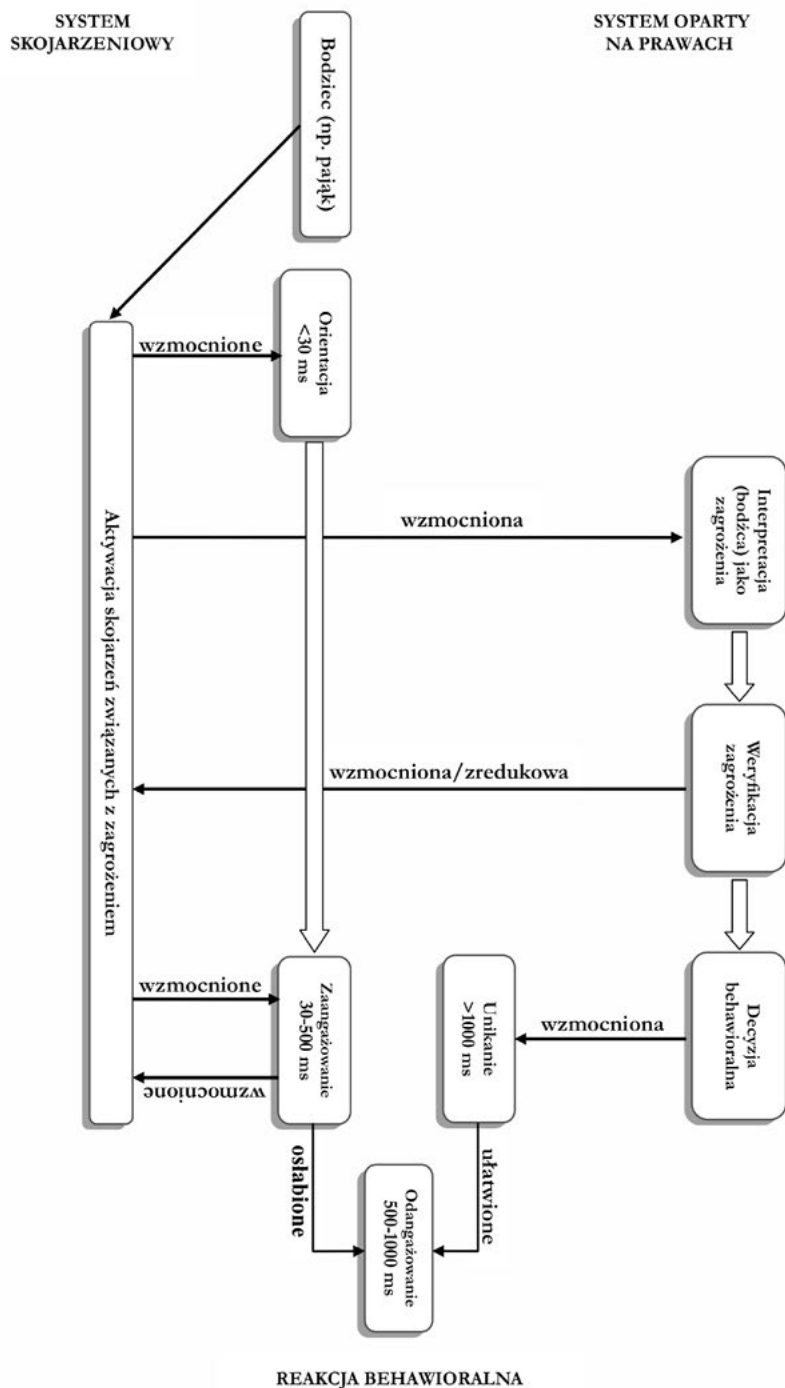
uwagowy”, „*what does an attentional bias »look« like*”). Cisler i Koster wyróżniają następujące komponenty tendencyjności uwagi, które można także określić jako jej fazy (Quimet i in., 2009) czy „mentalne umysłowe operacje” (Koster, Crombez, Verschuere, De Houwer, 2006, s. 636), w przypadku pojawienia się lub/i odczuwania przez jednostkę zagrożenia. Pierwszym komponentem jest przyciąganie uwagi przez zagrożenie (*facilitated attention to threat*) i jest to relatywna łatwość lub relatywnie większa szybkość, z jaką uwaga jest przyciągana ku zagrażającemu bodźcowi. Jest to zatem orientacja uwagi w kierunku zagrożenia (*attentional orienting*, inna nazwa to *czujność*), co oznacza, że bodźce zagrażające są wykrywane szybciej niż bodźce niezagrażające. Drugim komponentem jest trudność w odangażowaniu uwagi od zagrożenia (*difficulty disengaging attention away from threat*). Ten komponent dotyczy stopnia, w jakim zagrażający bodziec angażuje (dosłownie „zdobywa”, „*capture*”) uwagę, uniemożliwiając skierowanie jej ku innej lokalizacji, przez co trudniej jest odangażować uwagę od bodźca zagrażającego niż od bodźca neutralnego. Trzecim komponentem tendencyjności uwagi jest uwagowe unikanie zagrożenia (*attentional avoidance of threat*), kiedy uwaga jest alokowana preferencyjnie w kierunku lokalizacji innych (opozycyjnych) w stosunku do miejsca, gdzie pojawia się bodziec zagrażający (np. Barry, Varvliet, Hermans, 2015; Cisler, Koster, 2010). Z kolei Koster, Crombez, Verschuere i De Houwer (2006) oraz Bannerman i in. (2010) wymieniają następujące komponenty tendencyjności uwagi: orientację ku danemu bodźcowi, uwagowe zaangażowanie, czyli koncentrację uwagi na bodźcu, oraz odangażowanie uwagi od niego. Wreszcie Koster, Crombez, Verschuere, Van Damme i Wiersema (2006) zaliczają do komponentów tendencyjności uwagi: zaangażowanie oraz odangażowanie uwagi, a także unikanie uwagowe. Rysunek 6 prezentuje, za Cislerem i Kosterem (2010), relację między trzema komponentami tendencyjności uwagi, mechanizmami pośredniczącymi i fazami przetwarzania informacji w kontekście tematu tendencyjności uwagi dotyczącej zagrożenia wśród osób lękowych.

Warto dodać, że Quimet i in. (2009; zob. też: Fox i in., 2001) zaproponowali temporalną charakterystykę komponentów tendencyjności uwagi, a mianowicie według nich orientacja uwagi występuje w czasie nie przekraczającym 30 ms, zaangażowanie uwagi – w czasie 30–500 ms, odangażowanie – w czasie 500–1000 ms i unikanie – w czasie przekraczającym 1000 ms. Koster, Crombez, Verschuere i in. (2004) również zwracają uwagę, że orientację uwagi można badać prawdopodobnie w czasie krótszym niż 200 ms (np. według autorów w odniesieniu do zadania „dot-probe” prezentacja bodźców nie powinna przekraczać 200 ms). Rysunek 7 prezentuje temporalną charakterystykę komponentów tendencyjności uwagi w kontekście wieloprocessowego modelu poznawczej podatności na lęk autorstwa Quimet i in. (2009).



Rysunek 6. Możliwa reprezentacja relacji między komponentami tendencji uwagi, mechanizmami pośredniczącymi i stadium przetwarzania informacji w kontekście tendencji uwagi dotyczącej zagrożenia wśród osób lękowych.

Źródło: Cisler, Koster, 2010, s. 212. Zaadaptowano za zgodą Wydawnictwa Elsevier Science Ltd.



Rysunek 7. Wieloprotocowy model poznawczej podatności na lęk.

Źródło: Quimet i in., 2009, s. 465. Zaadaptowano za zgodą Wydawnictwa Elsevier Science Ltd.

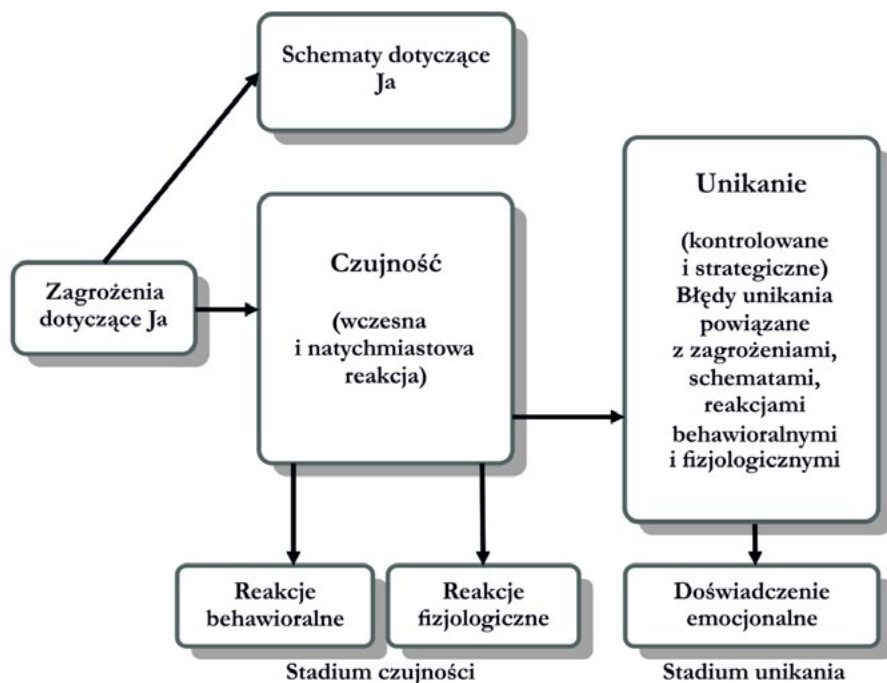
Adnotacja. Pola w panelach górnym i dolnym opisują procesy kolejno w systemach skojarzeniowych i opartych na prawach; panel środkowy opisuje reakcje behawioralne generowane przez te dwa systemy; strzałki wskazują na hipotetyczne wpływy między procesami i efektami zachowania.

Cisler i in. (2009) twierdzą, że zamiast pytania dotyczącego typów tendencyjności uwagi („albo..., albo ...”), powinno zadać się pytanie „kiedy?”. Również Calvo i Ave-ro (2005) podkreślają, że natura tendencyjności uwagi w przypadku przetwarzania emocjonalnych obrazów zmienia się jako funkcja czasu. Rzeczywiście wyniki badań tych autorów ujawniły, że specyficzny komponent tendencyjności uwagi może być funkcją czasu, jaki upłynął od początku prezentacji bodźca do momentu ukazania się bodźca docelowego (np. sondy), przy czym ten interwał czasowy określa się w języku angielskim jako *Stimulus Onset Asynchrony* (SOA). Badacze (np. Cisler, Koster, 2010) rekomendują, aby psychologowie poznawczy kontynuowali tę linię badania i poddawali eksploracji temporalną charakterystykę błędów uwagowych w kierunku zagrożenia, wówczas mogliby oni także określić, czy przetwarzanie bodźców zagrażających ma charakter automatyczny, czy też strategiczny. Mogłoby się okazać, że na przykład powiązane są ze sobą: automatyczne przetwarzanie i orientacja uwagi w kierunku zagrożenia oraz przetwarzanie strategiczne i trudność w odangażowaniu uwagi od niego.

Z kolei uwagi unikanie zagrażających bodźców jest prawdopodobnie procesem wtórnym wobec uwagowej czujności i trudności w odangażowaniu uwagi (np. po upływie 500 ms od początku ich prezentacji). Warto tutaj zwrócić uwagę na ważną hipotezę czujności-unikania (np. Mogg, Bradley, Miles, Dixon, 2004), według której uwaga osób lękowych jest początkowo ukierunkowana ku zagrożeniu, a następnie odwraca się ona od niego, aby wyzwolici ucieczkę od zagrażającego bodźca lub zredukować lękowy afekt (np. Mogg, Bradley, 1998; zob. też: Cisler i in., 2009; Cisler, Koster, 2010; Derakshan i in., 2007). Ta hipoteza sugeruje temporalną relację między orientacją uwagi w kierunku zagrożenia a uwagowym unikaniem go. Rysunek 8 prezentuje, za Derakshan i in. (2007), główne założenia teorii czujności-unikania, pokazujące następujące po sobie stadia czujności i unikania.

Na koniec przeglądu typów tendencyjności uwagi, który świadczy o wielowymiarowości uwagi, warto wspomnieć, że według teorii uwagi proponowanej przez Posnera i Petersena (1990), mózgowy mechanizm uwagi składa się z trzech systemów: wzbudzeniowego (*alerting*), orientacyjnego (*orienting*) oraz wykonawczego (*executive*). Pełnią one odmienne funkcje, a ich podłożem mózgowym są niezależne od siebie sieci neuronalne. System wzbudzeniowy odpowiada za wzbudzenie i utrzymanie wrażliwości systemów sensorycznych na bodźce zewnętrzne. Jest on automatycznie angażowany wtedy, gdy zmysły zarejestrują nowy, nieoczekiwany bodziec. Funkcją systemu orientacyjnego jest selekcja informacji, w tym kierowanie ogniska uwagi w określone miejsce w przestrzeni, na przykład w kierunku nieoczekiwanego dźwięku lub w lokalizację, w której ma się pojawić oczekiwany bodziec wzrokowy. System orientacyjny jest angażowany w takich zadaniach, jak przeszukiwanie pola wzro-

kowego oraz pokazywanie lokalizacji. Wreszcie system wykonawczy pełni funkcje, które można nazwać kontrolą oraz regulacją myśli oraz działań lub zarządzaniem zachowaniem. Jest to między innymi: monitoring procesu wyboru poprawnej reakcji, detekcja błędu i rozwiązywanie konfliktu między niespójnymi, konkurującymi reakcjami bądź alternatywnymi decyzjami. Do pomiaru efektywności funkcjonowania systemów uwagi opracowano komputerowy *Test sieci uwagowych* (*Attention Network Test*; Wołoszyn, Asanowicz, 2014).



Rysunek 8. Główne założenia teorii czujności-unikania, pokazujące następujące po sobie stadia czujności i unikania.

Źródło: Derakshan i in., 2007, s. 1590. Zaadaptowano za zgodą Wydawnictwa Taylor & Francis.

Metody badania tendencyjności uwagi. Badania tendencyjności uwagi można podzielić na dwie grupy. Do pierwszej grupy można zaliczyć badania, które dotyczą jawnej (*explicit*) tendencyjności uwagi (Aspen, Darcy, Lock, 2013). Koncentrują się one na aktywności neuronalnej, która ma miejsce po prezentacji bodźców i stosują potencjały wywołane (*Event-Related Potentials*, ERPs), funkcjonalne obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego (*functional Magnetic Resonance Imaging*, fMRI) oraz elektroencefalografię (*Electroencephalography*, EEG; Aspen i in., 2013; zob. też:

Krejtz, Krejtz, Bielecki, 2008). Badaniom tego typu często towarzyszy eksploracja neuropsychologicznych deficytów za pomocą takich narzędzi, jak na przykład: *Test łączenia punktów* (Trail Making Test, TMT), *Test sortowania kart z Wisconsin* (Wisconsin Card Sort Test, WCST) czy bateria testów do oceny neuropoznawczej z laboratorium Penna (*The Penn Computerized Neurocognitive Battery*, PCNB). Do drugiej grupy badań zalicza się eksperymenty dotyczące ukrytej (*implicit*) tendencyjności uwagi, wykorzystujące różne paradygmaty, które umożliwiają behawioralny pomiar przetwarzania informacji (Aspen i in., 2013; zob. też: Krejtz i in., 2008). Są to między innymi: paradygmat uwagi przestrzennej Posnera, zadanie wizualnego przeszukiwania, zadanie Stroopa, zadanie „dot-probe” oraz tzw. eye-tracking. Wszystkie one, jak większość współczesnych paradygmatów służących do badania uwagi, oparte są na zmyśle wzroku (zob. też: Jaśkowski, 2009).

Paradygmat uwagi przestrzennej Posnera. Badacze stosują następujące angielskie nazwy dla paradygmatu uwagi przestrzennej Posnera. Są to np. *exogenous cueing paradigm* (Fox i in., 2001), *Posner’s cueing paradigm* (Fox i in., 2002), *visual cueing task/visual cueing paradigm* (Derakshan i in., 2007), *exogenous cueing task* (Klumpp, Amir, 2009), *Posner paradigm* (Amir, Elias, Klumpp, Przeworski, 2003; Cisler i in., 2009), *spatial cueing task* (Cisler, Koster, 2010) oraz *exogenous cueing task* (Bannerman i in., 2010).

Jaśkowski (2009) nazwał paradygmat uwagi przestrzennej Posnera (określany również jako zadanie Posnera) „podstawowym układem doświadczalnym” (s. 109) w badaniach uwagi wykorzystujących zmysł wzroku. Cisler i Koster (2010) uważają, że metoda ta pozwala na oszacowanie przestrzennej alokacji uwagi. W pierwotnej wersji zadania (Posner, 1980; zob. też: Jaśkowski, 2009) badanego prosi się, aby ufksował wzrok na centralnym punkcie ekranu, oznaczonym zwykle za pomocą punktu lub krzyżyka. Po obu stronach punktu fiksacji znajdują się puste kwadraty. Najpierw wyświetlana jest strzałka, przy czym jej zadaniem jest zasugerowanie obserwatorowi, w którym z kwadratów z dużym prawdopodobieństwem pojawi się bodziec. Strzałkę taką nazywa się przeważnie wskazówką symboliczną. Następnie po pewnym czasie na lewo lub prawo od punktu fiksacji wyświetlany jest bodziec – w 80% w miejscu wskazanym przez strzałkę (tzw. ważna próba, *valid-cue condition*), a tylko w 20% w alternatywnej lokalizacji, po przeciwnej stronie (tzw. nieważna próba, *invalid-cue condition*; Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, van Ilzendoorn, 2007). Część prób zawiera wskazówkę neutralną, kiedy żadna strona nie jest wskazywana przez wspomnianą strzałkę. Badanych prosi się o naciśnięcie klawisza wskazującego prostokąt, w którym jest ulokowany bodziec docelowy (Cisler, Koster, 2010). Fox i in. (2001) piszą, że w tym zadaniu można również stosować wskazówkę

w postaci światła w kwadracie (zob. też: Cisler, Koster, 2010; Posner, Inhoff, Friedrich, Cohen, 1987). Jaśkowski (2009) stwierdza, że wyniki pomiarów wskazują, iż czas reakcji na bodźce w kwadracie wskazanym przez strzałkę jest krótszy niż czas reakcji na bodźce neutralne, a ten z kolei jest krótszy od bodźców, które pojawiły się po stronie przeciwnej w stosunku do tej wskazywanej przez strzałkę. Zatem badani zazwyczaj szybciej wykrywają lub rozpoznają bodźce docelowe, gdy ukazują się one w ramach prób ważnych niż wówczas, gdy ukazują się one w ramach prób nieważnych (Jaśkowski, 2009; Bar-Haim i in., 2007; zob. też: „cue validity effect”; Fox i in., 2001, s. 683). Szybkość reakcji w próbach ważnych można przypisać korzyściom wynikającym z zaangażowania uwagi w obszarze, w którym wystąpiła strzałka (*the cued location*). Z kolei spowolnienie reakcji w próbach nieważnych wynika z kosztów odangażowywania uwagi od tego obszaru (Bannerman i in., 2010; Bar-Haim i in., 2007). Wreszcie skrócenie czasu reakcji oraz obniżenie progów wrażliwości w stosunku do bodźców neutralnych stanowi rezultat podwyższenia efektywności przetwarzania bodźców z obszaru zogniskowania uwagi. Nadwyżkę efektywności, gdy wskazówka prawidłowo wskazuje miejsce ekspozycji bodźca, w porównaniu do sytuacji neutralnej określamy jako zysk, a wydłużenie czasów reakcji na nieprawidłową wskazówkę – jako koszt. Należy dodać, że koszty są skutkiem tego, że badany umiejscawia uwagę po niewłaściwej stronie, bodziec zatem jest przetwarzany mniej efektywnie. Ze względu na to, że w większości przypadków wskazania czynione przez strzałkę są prawidłowe, badanemu „opłaca się” skorzystać z tej podpowiedzi. Przewaga skuteczności jednak znika, jeśli strzałka wskazuje na właściwy kierunek tylko w 50%. Oznacza to, że jeśli nie jest ona przydatna dla poprawienia efektywności zadania, badany może z niej zrezygnować (Jaśkowski, 2009).

W emocjonalnej modyfikacji zadania, emocjonalne znaczenie wskazówki podlega manipulacji (nie jest już ona strzałką, a słowem lub obrazkiem o określonym znaczeniu), co umożliwia badanie zaangażowania (przyciągania) i odangażowywania uwagi jako funkcji walencji tej wskazówki (Bannerman i in., 2010; Derakshan i in., 2007; Fox i in., 2002; zob. też: Cisler i in., 2009; Cisler, Koster, 2010). W zmodyfikowanym wariancie zadania Posnera, które zastosowali Fox i in. (2001), po prawej lub lewej stronie ekranu prezentowane jest na przykład pojedyncze słowo (zagrożające albo neutralne). Gdy słowo zniknie, w próbie ważnej bodziec docelowy, na przykład kropka, pojawia się w tym samym miejscu, a w próbie nieważnej – w innym miejscu niż wspomniane słowo. Ten paradygmat umożliwia pomiar zaangażowania uwagi – poprzez badanie czasu reakcji na bodziec docelowy w próbach ważnych oraz pomiar jej odangażowania – poprzez badanie czasu reakcji na bodziec docelowy w próbach nieważnych (Derakshan i in., 2007). Uważa się, że krótsze czasy wykrywania bodźca docelowego w próbach ważnych odzwierciedlają przyciąganie uwagi przez wskazówkę

(zaangażowanie, facylitację uwagi), podczas gdy dłuższe czasy reakcji w próbach nieważnych oznaczają trudność w odangażowaniu uwagi od wskazówki (Bannerman i in., 2010). Jeśli badani reagują szybciej tylko w próbach ważnych, następujących po słowach negatywnych, w porównaniu z próbami ważnymi, zawierającymi bodźce neutralne, można przypuszczać, że tendencyjność uwagi ma związek z przyciąganiem uwagi przez negatywną informację oraz koncentracją na niej. Z kolei jeśli reakcje badanych są wolniejsze w próbach nieważnych następujących po prezentacji słowa negatywnego w porównaniu z reakcjami w próbach nieważnych po prezentacji słowa neutralnego, można przypuszczać, że problem leży w odangażowaniu uwagi od bodźca negatywnego (Bannerman i in., 2010; Cisler i in., 2009; Derakshan i in., 2007; Hoppitt, Mackintosh, 2009; Klumpp, Amir, 2009; zob. też: Cisler, Koster, 2010).

Bannerman i in. (2010) piszą, że niektóre badania (np. Koster, Crombez, Van Damme, Verschuere, De Houwer, 2004) wykazały przyciąganie uwagi badanych przez wskazówki zagrażające (szybsze odpowiedzi w próbach ważnych z bodźcami zagrażającymi), nawet wówczas, gdy nie dzielono ich pod względem poziomu lęku. Inne badania (np. Fox i in., 2001) ujawniły trudność w odangażowaniu uwagi badanych od bodźców zagrażających (wolniejsze odpowiedzi w próbach nieważnych z bodźcami zagrażającymi). W serii eksperymentów, przy wykorzystaniu zarówno schematycznych ekspresji twarzy, jak i realnych twarzy o różnych ekspresjach, zaobserwowano, że badany, którzy uzyskali w kwestionariuszach samoopisowych wysokie wyniki w zakresie lęku-stanu, więcej czasu zajmowało wykrywanie sondy w próbach nieważnych, gdy pokazywana w nich była twarz wyrażająca złość. Taki wzór wyników nie był widoczny u tych badanych, którzy w kwestionariuszach samoopisowych uzyskali niskie wyniki w zakresie lęku-stanu. Wyniki te mogą oznaczać, że wykrywanie sondy może być odzwierciedleniem trudności w odangażowaniu uwagi od bodźca związanego z zagrożeniem, a nie orientacji uwagi w jego kierunku (Fox, 2002). Amir i in. (2003) zastosowali zmodyfikowane zadanie Posnera u osób ze społeczną fobią, gdyż podejrzewali, że osoby lękowe mają trudność w oderwaniu uwagi od informacji związanej z zagrożeniem. W zmodyfikowanej wersji tego zadania słowa związane ze społecznym zagrożeniem, słowa neutralne lub słowa pozytywne, ukazywały się w jednej z dwóch lokalizacji ekranu komputerowego – po prawej lub lewej jego stronie (zob. też: Klumpp, Amir, 2009). Gdy dane słowo znikало, ukazywała się sonda, a zadaniem badanych było jej wykrycie. W pewnych próbach sonda ukazywała się w tej samej lokalizacji co słowo, zaś w innych – w przeciwnej. W pozostałych próbach nie ukazywało się żadne słowo. Wszyscy badani (zarówno osoby z fobią społeczną, jak i osoby zdrowe) wolniej wykrywali sondy, gdy ukazywały się one w miejscu, w którym nie pojawiały się słowa (*invalid cues*) w przeciwieństwie do reakcji na sondy, które ukazywały się w miejscu zajmowanym wcześniej przez

słowa (*valid cues*). Ponadto osobom ze społeczną fobią więcej czasu zajmowało wykrycie sondy, która ukazywała się w miejscu nie zajmowanym wcześniej przez słowo w porównaniu ze zdrowymi osobami z grupy kontrolnej. Działo się tak jednak tylko wówczas, gdy w sąsiedniej lokalizacji prezentowane były słowa dotyczące społecznego zagrożenia (a nie neutralne czy pozytywne). Te wyniki pokazują, że jednostki ze społeczną fobią mają trudność w odangażowaniu uwagi od społecznie zagrażającego materiału (Klump, Amir, 2009; zob. też: Derakshan, Bose, 2007; Derakshan, Feldman, Campbell, Lipp, 2003).

Warto dodać, że według Fox i in. (2002) w zadaniu Posnera najistotniejsze (*critical*) są próby, w których sonda pojawia się w miejscu nie zajmowanym wcześniej przez bodziec. Można dzięki nim porównać czasy reakcji na bodźce neutralne, pozytywne i na przykład te związane z lękiem, co pozwala na zbadanie trudności w oderwaniu uwagi od określonych bodźców.

Klump i Amir (2009) twierdzą, że chociaż badania wykorzystujące zadanie Posnera wykazały, iż osoby lękowe mają trudności w odangażowaniu uwagi od zagrożenia (np. Amir i in., 2003), to jednak zadanie to nie pozwala na badanie zjawiska przyciągania uwagi przez dany bodziec z tego względu, że próby zawierają tylko jeden bodziec, a więc nie ma mowy o rywalizacji zasobów uwagowych (zob. też: Fox i in., 2002).

Zadanie wizualnego przeszukiwania. W zadaniu wizualnego przeszukiwania (*the visual search task*), badani mają wykryć bodziec docelowy, który jest umieszczony w macierzy bodźców rozpraszających – na przykład słowo „pająk” prezentowane jest w macierzy słów neutralnych. Oczywiście słowo neutralne, traktowane jako bodziec docelowy, może być również umieszczone w macierzy słów dotyczących pajaków. Przyciąganie uwagi przez bodziec zagrażający (np. słowo „pająk”) stwierdza się na podstawie krótszych czasów reakcji podczas wykrywania zagrażających bodźców docelowych w macierzy neutralnych dystraktorów w porównaniu z czasem wykrywania neutralnych bodźców docelowych w macierzy neutralnych dystraktorów. Trudność w odangażowywaniu uwagi od bodźców zagrażających stwierdza się na podstawie wolniejszego wykrywania neutralnych bodźców docelowych w macierzy zagrażających dystraktorów w porównaniu z czasem, jakiego potrzebuje badany, aby wykryć neutralne bodźce docelowe w macierzy neutralnych dystraktorów. Zatem zadanie wizualnego przeszukiwania pozwala na badanie zarówno przyciągania uwagi ku zagrożeniu, jak i trudności w odangażowaniu uwagi od niego. Badania wykorzystujące to zadanie wykazały istnienie tendencyjności uwagi przede wszystkim u osób z zaburzeniami lękowymi, na przykład Rinck, Reinecke, Ellwart, Heuer i Becker (2005) po przeprowadzeniu trzech eksperymentów wykazali, że osoby lękowe

przejawiają zarówno ukierunkowanie uwagi ku bodźcom związanym z pająkami, jak i trudność w odangażowywaniu uwagi od tych bodźców w przeciwieństwie do bodźców związanych z chrząszczami czy motylami. Błędy uwagi dotyczące pajaków były większe u osób lękowych niż u zdrowych osób z grupy kontrolnej (zob. też: Cisler i in., 2009; Cisler, Koster, 2010). Cisler i in. (2009) stwierdzają, że podobnie jak paradygmat uwagi przestrzennej Posnera, tak i zadanie wizualnego przeszukiwania pozwala na badanie zarówno przyciągania uwagi ku zagrożeniu, jak i trudności w odangażowaniu uwagi od niego.

Zadanie Stroopa. Najczęściej używanym zadaniem stosowanym do eksploracji uwagi selektywnej u osób z zaburzeniami psychicznymi jest emocjonalne zadanie Stroopa (Williams, Mathews, MacLeod, 1996). To zadanie jest modyfikacją klasycznego zadania Stroopa (Stroop, 1935; zob. też: Johansson, 2006).

Oryginalne zadanie Stroopa (Stroop, 1935), inaczej nazywane klasycznym zadaniem nazywania kolorów Stroopa (Johansson, 2006), skonstruowano w celu zbadania podstawowych uwagowych oraz informacyjnych procesów u człowieka (Dobson, Dozois, 2004; zob. też: Ainsworth i in., 2002; Bar-Haim i in., 2007; Cisler i in., 2009; Cisler, Koster, 2010; Faunce, 2002; Lee, Shafran, 2004; Mackintosh, Hoppitt, 2009; Wells, Matthews, 1994) i jest ono jednym z najczęściej używanych zadań do badania przetwarzania informacji (Ainsworth i in., 2002). To zadanie w jego klasycznej wersji polega na prezentacji słów o różnych kolorach czcionki (są to słowa neutralne, np. „krzesło”, lub słowa – nazwy kolorów sprzecznych z kolorem druku) umieszczonych na dużych kartach (często kilka słów zostaje umieszczonych na jednej karcie; Faunce, 2002). Badani najpierw nazywają kolorowe bodźce (słowa), a potem kolor tych bodźców. Ta metoda została zmodyfikowana w ten sposób, że zadaniem badanych było nazywanie słów oznaczających kolory (np. czerwony i niebieski), które były drukowane albo w korespondującym ze znaczeniem słowa kolorze lub w konkurencyjnym wobec znaczenia słowa kolorze (Dobson, Dozois, 2004). Zatem w tej zmodyfikowanej wersji zadanie składa się z dwóch typów prób – zgodnych i niezgodnych. W próbach zgodnych (kongruentnych) znaczenie prezentowanego słowa jest zgodne z kolorem, w jakim to słowo jest napisane/wydrukowane, np. słowo „czerwony” jest napisane/wydrukowane w kolorze czerwonym. W próbach niezgodnych (niekongruentnych), znaczenie prezentowanego słowa jest niezgodne z kolorem, w którym słowo to jest napisane/wydrukowane, np. słowo „zielony” jest napisane/wydrukowane w kolorze niebieskim (Bar-Haim i in., 2007; Dobson, Dozois, 2004; Johansson, 2006; Wells, Matthews, 1994). W oryginalnej i opisaney powyżej zmodyfikowanej wersji zadania Stroopa badanych prosi się, aby nazwali kolory, w jakim napisane/wydrukowane jest słowo, ignorując znaczenie samego słowa (Ainsworth i in., 2002; Cisler i in., 2009;

Cisler, Koster, 2010), tak szybko jak to jest możliwe (Faunce, 2002; Johansson, 2006). Stroop (1935) odkrył, że badani wolniej nazywają kolor, jeśli znaczenie słowa koloryduje jego własnościami percepcyjnymi niż wówczas, gdy znaczenie słowa jest z tymi własnościami zgodne (Ainsworth i in., 2002). Wiele badań konsekwentnie wykazało, że badanym więcej czasu zajmuje nazwanie koloru słowa w próbach niezgodnych niż w próbach zgodnych (Johansson, 2006; Wells, Matthews, 1994). Ten efekt, nazywany efektem interferencji Stroopa, tłumaczono zjawiskiem automatycznego czytania słów, twierdząc, że uwaga automatycznie kieruje się ku znaczeniu słów i to ingeruje w wykonanie głównego zadania nazwania kolorów w próbach niezgodnych (Johansson, 2006; Posner, Snyder, 1975; zob. też: Cisler i in., 2009; Wells, Matthews, 1994). Zatem efekt interferencji Stroopa traktowano jako przejaw niepowodzenia w koncentracji na kolorze słowa (Bar-Haim i in., 2007). Wyniki dotyczące wykonania zadania Stroopa rejestruje się albo w postaci latencji nazywania koloru bodźca (zazwyczaj w ms) albo w postaci danych dotyczących interferencji, w części badań nagrywano liczbę poprawnych nazwań (Dobson, Dozois, 2004). Warto dodać, że Faunce (2002) wspomina o innej wersji klasycznego zadania Stroopa, a mianowicie pisze o porównywaniu reakcji badanych na słowa o niezgodnych z ich znaczeniem kolorach i na kolorowe prostokąty. Badacz ten twierdzi, że Stroop (1935) odkrył, iż badanym zajmuje istotnie więcej czasu nazywanie kolorów słów drukowanych w niezgodnych z ich znaczeniem kolorach niż nazywanie kolorów prostokątów. Lee i Shafran (2004) wspominają z kolei o porównywaniu latencji nazywania kolorów słów z latencją nazywania kolorów rzędu X-ów i piszą, że udowodniono, iż badanym zajmuje więcej czasu nazywanie koloru słowa, kiedy ma ono barwę antagonistyczną wobec jego znaczenia w porównaniu z czasem nazywania kolorów rzędu X-ów.

Odkrycie przez badaczy, że wykonanie klasycznego zadania Stroopa jest uzależnione od znaczenia bodźców, zainspirowało ich do utworzenia modyfikacji tego zadania, umożliwiających badanie przetwarzania informacji w zaburzeniach psychicznych (Ainsworth i in., 2002; Cisler i in., 2009; Johansson, 2006; zob. też: Faunce, 2002). Według Lee i Shafran (2004) modyfikacje te powstały, aby oszacować tendencyjność uwagi w zaburzeniach psychicznych, takich jak lęk i depresja. Pierwsze takie modyfikacje oryginalnego zadania Stroopa pojawiły się w latach '80. Nazywa się je „emocjonalnym Stroopem” (Asanowicz, Wolski, 2007; Bar-Haim i in., 2007; Krejtz, Sędek, 2001; Lee, Shafran, 2004; Wells, Matthews, 1994), emocjonalną wersją testu (zadania) Stroopa (Hoppitt, Mackintosh, 2009; Krejtz, Sędek, 2001; Mackintosh, Hoppitt, 2009), czy emocjonalnym testem (zadaniem) Stroopa (Krejtz, Sędek, 2001; Mackintosh, Hoppitt, 2009). Emocjonalne zadanie Stroopa stało się w krótkim czasie (który minął od jego powstania w 1935 roku) bardzo szeroko stosowaną metodą badania selektywnej uwagi wśród klinicznych pacjentów. Holas i Brzezicka (2009)

uważają test Stroopa za najczęściej używany paradygmat doświadczalny w badaniach nad przetwarzaniem treści emocjonalnych, szczególnie w zaburzeniach lękowych. W ramach modyfikacji tego zadania zaproponowano dwa nowe typy prób: emocjonalne i kontrolne (Johansson, 2006; zob. też: Cisler i in., 2009; Cisler, Koster, 2010; Szymura, 2007). W próbach emocjonalnych manipulowano treścią bodźców (Dobson, Dozois, 2004) oraz ich walencją (Bar-Haim i in., 2007), a mianowicie znaczenie prezentowanych słów było związane ze specyficznymi troskami badanych związanymi z zaburzeniem psychicznym, na które cierpieli. Przykładowo kiedy badano poznawcze przetwarzanie w zaburzeniach lękowych, na kartach zamieszczano słowa związane z lękiem, takie jak na przykład słowa: „niebezpieczeństwo” czy „nowotwór” (Bar-Haim i in., 2007; Dobson, Dozois, 2004; Johansson, 2006; Lee, Shafran, 2004). Warto dodać, że w zależności od typu zaburzeń lękowych, powinno się stosować odpowiednie dla danego zaburzenia (relevantne) bodźce (w przypadku lęków społecznych np. słowo „pogarda”, w przypadku lęków przed chorobą np. słowo „nowotwór”, w przypadku arachnofobii np. słowo „pająk” itp.), gdyż tylko prawidłowo dobrane bodźce mogą wywołać odpowiedni efekt interferencji (Szymura, 2007). Podobnie starannie eksperymentator powinien dobierać bodźce związane z pokarmem czy wyglądem, kiedy bada przetwarzanie informacji u osób z zaburzeniami odżywiania (Dobson, Dozois, 2004). Warto dodać, że w latach ‘80 utworzono specjalne wersje Stroopa przystosowane do badania uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania, tzw. „Food Stroop” (Ben-Tovim, Walker, Fok, Yap, 1989) i „Body Stroop” (Channon, Hemsley, de Silva, 1988), które zawierały słowa związane kolejno z pokarmem i kształtem ciała, na przykład słowo „tort” czy słowo „pulchny” (zob. też: Dobson, Dozois, 2004). W próbach kontrolnych znaczenie prezentowanych słów, podobnie brzmiących do słów emocjonalnych (np. „plump” vs. „plush”), było neutralne pod względem walencji (np. słowo „korona” czy słowo „plusz”) (zob. też: Bar-Haim i in., 2007; Johansson, 2006; Krejtz, Sędek, 2001; Mogg, Bradley, 2005; Szymura, 2007).

Badani za pomocą emocjonalnego testu Stroopa proszeni są o zignorowanie znaczenia słowa i określenie jego koloru tak szybko, jak to tylko jest możliwe (Faunce, 2002; Johansson, 2006). Tendencyjność uwagi stwierdza się, kiedy semantyczna zawartość słów zagrażających znacząco utrudnia powstrzymywanie się od czytania (czyli gdy czasy reakcji w przypadku nazywania kolorów słów zagrażających są dłuższe niż czasy reakcji w przypadku nazywania kolorów słów neutralnych; Bar-Haim i in., 2007; Cisler i in., 2009; Cisler, Koster, 2010).

Późniejsze modyfikacje zadania Stroopa obejmowały zastąpienie kart, na których były wydrukowane słowa, komputerową wersją zadania (Faunce, 2002; Johansson, 2006; Mogg, Bradley, 2005). W pierwszej wersji, słowo lub najczęściej kilka słów umieszczano na kartach i latencje nazywania kolorów obliczano, sumując łączny

czas ich określania dla każdej karty i dla każdego typu próby (zgodna vs. niezgodna; emocjonalna vs. kontrolna). W komputerowych wersjach każde słowo jest prezentowane oddzielnie i po każdej prezentacji, badani zazwyczaj albo naciskają odpowiedni guzik, aby wskazać, jaki kolor według nich ma prezentowane słowo, albo udzielają werbalnej informacji do mikrofonu na ten temat (Cisler i in., 2009). Latencja nazywania kolorów jest nagrywana dla każdego słowa odrębnie. Należy rozróżnić dwie wersje komputerowego zadania Stroopa: maskowaną i niemaskowaną (Cisler i in., 2009). W wersji maskowanej bodziec jest pokazywany krótko, na przykład Mogg i Bradley (2005) piszą o prezentacji bodźca trwającej 14 ms, którą następnie zastępuje maska w tym samym co on kolorze. Krótka prezentacja wyklucza świadome rozpoznanie słów/liter, a zatem w tej formie zadania Stroopa ocenia się automatyczne procesy przetwarzania informacji. W wersji niemaskowanej bodziec jest prezentowany do chwili, gdy badany udzieli odpowiedzi. Manipulacje czasem prezentacji bodźca umożliwiają badaczom eksplorację zarówno przetwarzania automatycznego, jak i strategicznego. Dłuższe latencje reakcji w maskowanej wersji zadania dowodzą tego, że tendencyjność uwagi pojawia się jeszcze przed świadomym rozpoznaniem bodźca, czyli odzwierciedla ona automatyczne przetwarzanie informacji, podczas gdy dłuższe latencje reakcji w niemaskowanym zadaniu wskazują na to, że tendencyjność uwagi pojawia się dopiero po świadomym rozpoznaniu bodźca, czyli odzwierciedla ona strategiczne przetwarzanie informacji (Cisler i in., 2009). Krejtz i Sędek (2001) twierdzą, iż „badania z wykorzystaniem podprogowej wersji emocjonalnego Stroopa potwierdziły, że specyficzne ukierunkowanie uwagi na emocjonalne bodźce werbalne pojawia się również przy użyciu prezentacji, która uniemożliwia badanym użycie świadomych strategii przetwarzania informacji” (s. 141). Niektórzy badacze modyfikowali emocjonalne zadanie Stroopa w ten sposób, że stosowali obrazki zamiast słów, na przykład schematyczne twarze o różnych ekspresjach emocji (np. radosne, neutralne i wyrażające złość; Bar-Haim i in., 2007). Z kolei Gotlib i McCann (1984) po raz pierwszy zaprezentowali elektroniczną wersję zadania Stroopa (tzw. e-Stroop), za pomocą której można badać osoby poprzez Internet (zob. też: Quimet i in., 2009).

Wyniki badań za pomocą emocjonalnego zadania Stroopa pokazują, że badanym z zaburzeniami psychicznymi więcej czasu zajmuje nazwanie koloru słów związanych z ich emocjonalnymi troskami, charakterystycznymi dla danego zaburzenia psychicznego niż nazwanie kolorów słów neutralnych (Johansson, 2006; Krejtz, Sędek, 2001; Lee, Shafran, 2004; Szymura, 2007). U badanych z arachnofobią występuje interferencja podczas nazywania przez nich kolorów słów związanych z ich lękami (np. słowa „sieć” czy słowa „tarantula”; Wells, Matthews, 1994). Takich różnic nie zaobserwowano u zdrowych badanych. Ten efekt nazywa się emocjonalną interferencją Stroopa (Johansson, 2006) i uważa się, że wskazuje on, do jakiego

stopnia bodźce emocjonalne „angażują zasoby uwagi” („*capture attentional resources*”; Mogg, Bradley, 2005, s. 32). Interferencja jest zatem „głównym wskaźnikiem zaabsorbowania znaczeniem słów” (Krejtz, Sędek, s. 141). W badaniach, stosujących emocjonalny test Stroopa, poza porównywaniem reakcji badanych na różne słowa, stosuje się także porównania międzygrupowe (grupy kliniczne vs. grupy kontrolne złożone ze zdrowych osób). Przykładowo, badacze, stosujący zadanie Stroopa u osób z zaburzeniami lękowymi, zazwyczaj stawiali hipotezę, że u podłoża tych zaburzeń leży automatyczna selektywna hiperczuyność na zagrożenie (Ainsworth i in., 2002). Badacze zakładali, że osobie, która na przykład boi się pajaków (czyli cierpi na arachnofobię), nazwanie koloru słowa „pająk” zajmie więcej czasu niż nazwanie koloru słowa „krzesło”, natomiast osoby, których nie cechuje ten rodzaj lęku, powinny tak samo szybko nazywać kolory obu tych słów (Krejtz, Sędek, 2001). Wiele badań wykazało, że osoby lękowe potrzebują dłuższego czasu, aby określić kolory słów zagrażających w przeciwieństwie do słów neutralnych i w porównaniu do osób zdrowych, przy czym ten efekt był widoczny szczególnie dla personalnie znaczącego (relevantnego) materiału związanego z określonymi lękami (Ainsworth i in., 2002; Lee, Shafran, 2004; Mogg, Bradley, 2005; Szymura, 2007). Uważano, że wyniki te oznaczają, iż uwaga osób lękowych jest preferencyjnie skierowana ku treściom zagrażającym (Mogg, Bradley, 2005), a zwiększona koncentracja na ich znaczeniu, zakłóca zadanie nazywania kolorów słów (Mackintosh, Hoppitt, 2009). Mackintosh i Hoppitt (2009) zwracają uwagę na to, że osoby o podwyższonym lub klinicznym lęku (cierpiące na GAD bądź zaburzenia z napadami lęku panicznego) cechują dłuższe niż osoby z grupy kontrolnej latencje nazywania koloru czcionki słów związanych z zagrożeniem, co oznacza, że uwaga tych pierwszych jest skierowana ku tym słowom. Analogiczne wyniki u osób cierpiących na fobię przed pajakami wskazują, że ich uwaga jest skierowana ku słowom związanym z pajakami (Watts, McKenna, Sharrock, Trezise, 1986; zob. też: Ainsworth i in., 2002). Szymura (2007) twierdzi, że wyższy wskaźnik interferencji emocjonalnej w przypadku zagrażających bodźców przemawia na korzyść tezy o ukierunkowaniu uwagi badanych na te bodźce. Twierdzi on, że uwaga osób o wysokim poziomie lęku jest skoncentrowana na znaczeniu bodźca zagrażającego, co ułatwia im przetwarzanie jego znaczenia, ale jednocześnie utrudnia udzielenie odpowiedzi na pytanie o inny aspekt tego samego bodźca (w tym wypadku kolor czcionki, jaką został on napisany).

Pomimo tego, że badacze podkreślali, iż emocjonalne zadanie Stroopa stanowi cenne narzędzie służące do badania poznawczych procesów w psychopatologii (np. Segal, 1988), a Dobson i Dozois (2004), podsumowując swoją metaanalizę na temat zastosowania testu Stroopa do badań nad zaburzeniami odżywiania, przytaczają zdanie MacLeoda (1991) o „postępie, który będzie odkryty w kolejnym przeglądzie

literatury na temat testu Stroopa na początku następnego stulecia” (s. 193; Dobson, Dozois, 2004, s. 1018), coraz więcej badaczy podkreśla, że stosowanie tego testu w celu eksploracji tendencyjności uwagi jest wysoce problematyczne (np. Faunce, 2002; Huon, 1995). Test ten jest uważany za dość słabą, obciążoną wieloma wadami metodę badania uwagi selektywnej (Faunce, 2002; zob. też: Lee, Shafran, 2004; MacLeod i in., 1986). Przede wszystkim nadal nie ma jasności teoretycznej co do procesów/mechanizmów, które odpowiadają za jego wykonanie i, co za tym idzie, za efekt interferencji (Lee, Shafran, 2004; Mogg, Bradley, 2005; zob. też: Cisler, Koster, 2010; Faunce, 2002; Faunce, Soames Job, 2000). Z tego względu wiele uwag krytycznych dotyczy głównie kwestii stosowania tego testu do pomiaru tendencyjności uwagi jako takiej (Lee, Shafran, 2004). Zestawienie możliwych przyczyn emocjonalnej interferencji Stroopa prezentuje tabela 2. Warto także dodać, że według Wellsa i Matthews (1994) przypuszczenie, iż podobne procesy leżą u podłoża efektu interferencji w standardowym paradygmacie Stroopa i w jego klinicznych wersjach, wymaga pogłębionej analizy.

Podsumowując informacje na temat zadania Stroopa, warto przytoczyć konkluzję MacLeoda (1991). Sformułował ją po dokonaniu przeglądu ponad 700 artykułów na temat badań używających tego testu: „efekt Stroopa będzie nadal stanowiącym wyzwaniem fenomenem do wyjaśnienia dla poznawczych psychologów przez wiele kolejnych lat” (MacLeod, 1991, s. 193; zob. też: Dobson, Dozois, 2004).

Zadanie „dot-probe”. Pomimo niewątpliwie wielu zalet zadania Stroopa, w celu przezwyciężenia problemów metodologicznych związanych z jego użyciem, a zwłaszcza z powodu niepewności co do precyzyjnych mechanizmów, które pośredniczą w jego wykonaniu, badacze zaczęli poszukiwać innych metod eksploracji związku między uwagą a psychopatologią (np. Lee, Shafran, 2004), a zwłaszcza mocniejszych metod pomiaru uwagi selektywnej (Lee, Shafran, 2008). Ich celem było znalezienie takich testów, które będą dostarczały bardziej spójnych niż w przypadku wyżej wymienionego zadania dowodów na tendencyjność uwagi towarzyszącą obecności zagrożenia. Te nowe paradygmaty (np. Shafran, Lee, Cooper i in., 2007) powstały w reakcji na metodologiczne ograniczenia zadania Stroopa (Lee, Shafran, 2008), przy czym jedną z najczęściej stosowanych alternatyw testu Stroopa stało się zadanie „dot-probe” (MacLeod i in., 1986; zob. też: Asanowicz, Wolski, 2007; Bar-Haim i in., 2007; Cisler, Koster, 2010; Mogg, Bradley, 2005). Obecnie to zadanie jest często uważane za „złoty standard w obszarze badań nad tendencyjnością uwagi dla bodźców zagrażających” (Kappenman, Farrens, Luck, Proudfit, 2014, s. 1). Zadanie to zostanie omówione szczegółowo poniżej.

Tabela 2

Zestawienie wyjaśnień przyczyn emocjonalnej interferencji Stroopa

Emocjonalna interferencja Stroopa – możliwe przyczyny	
Ogólne wyjaśnienia	Szczegółowe wyjaśnienia wraz z przywołaniem nazwisk badaczy
Emocjonalna interferencja Stroopa to rezultat automatycznego przyciągania uwagi przez emocjonalny materiał	Efekt emocjonalnej interferencji Stroopa powszechnie wyjaśniano tym, że automatyczne przetwarzanie znaczenia słowa interferuje z czynnością nazywania jego koloru (np. Posner, Snyder, 1975). Według tego ujęcia, w trakcie wykonywania tego zadania uwaga jest automatycznie przyciągana przez emocjonalną informację (najczęściej bodźce zagrażające), co zakłóca wykonywanie głównego zadania, polegającego na nazywaniu kolorów (Fox i in., 2001; Johansson, 2006; Martin, Williams, Clark, 1991; Pratto, John, 1991; Wells, Matthews, 1994; Williams i in., 1996; Williams i in., 1997). Williams i in. (1997) uważają, że interferencja w teście emocjonalnego Stroopa jest odzwierciedleniem tendencji poznawczej we wczesnych etapach przetwarzania informacji, czyli jest ona rezultatem primingu (zob. też: Johansson, 2006).
Emocjonalna interferencja Stroopa wynika z intencjonalnych procesów poznawczych, zachodzących na późniejszych niż automatyczny etapach przetwarzania informacji	Według Wellsa i Matthews (1994), chociaż została sformułowana hipoteza, według której osoby z zaburzeniami psychicznymi cechują spotęgowane, automatyczne reakcje na materiał związany z ich stanem psychicznym, uwarunkowanym chorobą, dokładna analiza wyników testu Stroopa jej nie potwierdza. Część badaczy uważa, że interferencja Stroopa może wynikać z procesów poznawczych, charakterystycznych dla dalszych etapów przetwarzania informacji i niekoniecznie muszą być to procesy związane z uwagą (Holas, Brzezicka, 2009; Kahneman, Chajczyk, 1983; MacLeod i in., 1986; Wells, Matthews, 1994), na przykład może być ona rezultatem wyboru strategii zwiększającej wydajność podczas wykonywania tego zadania, co można uznać za proces intencjonalny (Holas, Brzezicka, 2009; Logan, Zbrodoff, Williamson, 1984; MacLeod i in., 1986).
Emocjonalna interferencja Stroopa jest rezultatem selektywnego rozproszenia uwagi	Eysenck (1992) podkreśla, że na wykonanie zadania Stroopa może mieć wpływ selektywne rozproszenie uwagi (zob. też: Faunce, 2002). Podobnie De Ruiter i Brosschot (1994) sugerują, że efekt interferencji może być następstwem oddziaływania emocjonalnych bodźców, wyzwalających procesy niezwiązane z zadaniem, takie jak na przykład negatywne myśli, które rywalizują o zasoby uwagowe, lub może on odzwierciedlać wysiłek poznawczy, który jest potrzebny do stłumienia rozpraszającej informacji emocjonalnej.
Emocjonalna interferencja Stroopa to rezultat upośledzenia globalnego funkcjonowania poznawczego	Według niektórych badaczy, podczas wykonywania zadania Stroopa, istotne dla badanego (najczęściej zagrażające) bodźce, podwyższają u niego poziomy ogólnego lęku, a to z kolei upośledza jego globalne funkcjonowanie poznawcze (Holas, Brzezicka, 2009; MacLeod i in., 1986).
Emocjonalna interferencja Stroopa jest wynikiem większej aktywności ścieżki przetwarzania dla emocjonalnego, istotnego dla badanego materiału (słów) w porównaniu ze ścieżką przetwarzania kolorów	Cohen, Dunbar i McClelland (1990) wyjaśniają efekt emocjonalnej interferencji Stroopa w kontekście modelu przetwarzania równoległe rozproszonego. Twierdzą oni, że w przypadku zadania Stroopa można mówić o dwóch funkcjonujących równocześnie odrębnych ścieżkach: przetwarzania kolorów i przetwarzania słów. Uwaga moduluje przetwarzanie informacji w zależności od wykonywanego zadania. Kiedy obie wspomniane ścieżki są równocześnie aktywne, interferencja, czyli zakłócenie sprawności w nazywaniu kolorów słów, pojawia się z powodu relatywnie większej aktywności ścieżki przetwarzania emocjonalnie istotnego materiału (Williams i in., 1997; zob. też: Dobson, Dozois, 2004; Dyer, 1973; Johansson, 2006; Klein, 1964).

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ogólne wyjaśnienia	Szczegółowe wyjaśnienia wraz z przywołaniem nazwisk badaczy
Niejasne jest, czy emocjonalna interferencja Stroopa wynika z ukierunkowania uwagi ku emocjonalnej informacji, czy też jest następstwem unikania jej	MacLeod i in. (1986) twierdzą, że zadanie Stroopa nie pozwala na badanie alokacji uwagi przestrzennej. Według Faunce'a i Soamesa Joba (2000; zob. też: Faunce, 2002; Lee, Shafran, 2004; Mackintosh, Hoppitt, 2009) zadanie Stroopa można uznać jedynie za pośredni test hipotezy, według której osoby z grup klinicznych selektywnie kierują uwagę ku bodźcom związanym z ich zaburzeniem, gdyż nie jest do końca jasne, czy efekt interferencji należy interpretować jako dowód na zgodną z nastrojem tendencyjność uwagi w kierunku tych bodźców, czy jako dowód ich poznawczego unikania (zob. też: Algom, Chajut, Lev, 2004; Cisler, Koster, 2010; de Ruiter, Brosschot, 1994; Rieger i in., 1998).
Zadanie Stroopa (w tym także emocjonalna jego wersja) nie bada rywalizacji zasobów uwagi, gdyż badani przetwarzają jedynie różne atrybuty (znaczenie i kolor) jednego obiektu	Treisman (1969) podkreśla, że zadanie Stroopa wymaga od badanych, aby selektywnie przetwarzali różne atrybuty pojedynczego obiektu, a nie atrybuty dwóch lub większej liczby odrębnych obiektów. To stawia pod znakiem zapytania użyteczność tego zadania w badaniu uwagi selektywnej (zob. też: Faunce, 2002).

Historia – kontrowersje wokół autorstwa i terminologii dotyczących zadania „dot-probe”. Przed przystąpieniem do omówienia zadania „dot-probe”, warto podkreślić, że używano różnych terminów określających ten paradygmat, a mówiąc dokładniej, jego modyfikację. Zestawienie tych terminów zawiera tabela 3.

Niestety, wśród autorów występuje niezgodność opinii co do tego, kto utworzył zadanie „dot-probe”. Wielu autorów (np. Bar-Haim i in., 2007; Cisler, Koster, 2010; Fox i in., 2001; Lee, Shafran, 2004; Rieger i in., 1998) uważa, że zadanie to zaprojektowali MacLeod i in. (1986; zob. też: MacLeod, Mathews, 1988; Shafran, Lee, Cooper i in., 2007). Z kolei Szymura (2007) twierdzi, że autorami tego zadania byli Mogg, Mathews i Eysenck (1992). Według Asanowicza i Wolskiego (2007) zadanie „dot-probe” jest modyfikacją zadania Posnera, a Lee i Shafran (2008) oraz Frewen i in. (2008) przypisują autorstwo tego paradygmatu Posnerowi, Snyderowi i Davidsonowi (1980; zob. też: Shafran, Lee, Cooper i in., 2007). Fox i in. (2002) uważają natomiast, że twórcami testu byli Navon i Margalit (1983).

Tabela 3

Terminy określające zadanie „dot-probe”

Terminologia angielska:

- „the dot-probe paradigm” (Bar-Haim i in., 2007, s. 3; Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004, s. 1183);
- „the dot probe task” (Frewen i in., 2008, s. 307; Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004, s. 1184; Lee, Shafran, 2004, s. 215);
- „a/the probe detection task” (Fox i in., 2002, s. 356, 357; Klumpp, Amir, 2009, s. 283; Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004, s. 1183);
- „a visual probe detection procedure” (Rieger i in., 1998, s. 199);
- „visual probe task” (Mogg, Bradley, 2005, s. 32);
- „a modified dot probe detection task” (Faunce, 2002, s. 132);
- „a/the modified dot probe task” (Faunce, 2002, s. 134; Shafran, Lee, Cooper i in., 2007, s. 373).

Terminologia polska:

W tłumaczeniu tekstu Hoppitt i Mackintosh (2009) stosuje się polski termin – „zadanie na detekcję punktu” dla nazwania opisywanej metody (w nawiasie umieszczono odpowiednik angielski – „dot-probe task”; s. 194). Z kolei w tłumaczeniu artykułu Mackintosh i Hoppitt (2009) stosuje się polski termin „test kropki” (z odpowiednikiem angielskim w nawiasie – „dot-probe”; s. 110–111). Krejtz i in. (2008) nazywają tę metodę „paradygmatem detekcji bodźca” (z odpowiednikiem angielskim w nawiasie – „dot-probe paradigm”; s. 75), a Holas (2015) stosuje nazwę „zmodyfikowane zadanie na lokalizację punktu” (s. 36). Wreszcie Asanowicz i Wolski (2007) używają nazwy „zadanie/paradygmat »dot-probe«” (s. 5). Autorka niniejszej pracy zdecydowała się stosować tę ostatnią nazwę.

Wątpliwości co do autorstwa zadania „dot-probe” wydają się przynajmniej w części wyjaśniać następujące stwierdzenia badaczy uwagi. Heeren (2010) twierdzi, że oryginalną wersję zadania „dot-probe” utworzyli Posner i in. (1980) oraz Navon i Margalit (1983), gdyż to ci badacze po raz pierwszy zauważyli, że ludzie reagują szybciej na sygnały ukazujące się w lokalizacji, ku której przed pojawieniem się tych bodźców była skierowana ich uwaga. Badaczka twierdzi, że tę metodę zaadaptowali dla emocjonalnych bodźców MacLeod i in. (1986). Mogg i Bradley (2005), pomimo tego, że twierdzą, iż wyżej wymienieni badacze utworzyli to zadanie jako adaptację paradygmatów stosowanych w eksperymentalnej psychologii poznawczej, opierających się na założeniu, że zaangażowanie wizualno-przestrzennej uwagi można oszacować poprzez czasy reakcji na wizualne sondy, odsyłają czytelnika do pracy Posnera i in. (1980). Podobnie Quimet i in. (2009) twierdzą, że zadanie „dot-probe” utworzyli Posner i in. (1980), a MacLeod i in. (1986) po raz pierwszy zaadaptowali je do badań nad psychopatologią. Fox i in. (2002) piszą, że MacLeod i in. (1986) zaproponowali modyfikację zadania Navona i Margalita (1983), które zaprojektowano, aby mierzyć alokację uwagi przestrzennej i zazwyczaj badania te wykazywały, iż uczestnicy szybciej wykrywają sondę w tej lokalizacji ekranu komputera, na której skupiali oni uwagę. Wreszcie według Asanowicza i Wolskiego (2007) zadanie „dot-probe” jest modyfikacją zadania Posnera

(1980), a MacLeod i in. (1986) przystosowali to zadanie do badań wpływu emocji na procesy uwagi.

Warto dodać, że Faunce (2002) podkreśla, iż zadanie „dot-probe” było przystosowane do badań nad lękiem, a Cisler i in. (2009) piszą, że przystosowano je do badania ukierunkowania uwagi w reakcji na bodźce zagrażające. Z kolei MacLeod i in. (1986) twierdzą, że ta procedura była początkowo rozwinięta, aby mierzyć tendencyjność uwagi w kierunku bodźców zagrażających u osób lękowych, jednakże stała się ona popularna także w badaniach innych grup, na przykład wśród osób z zaburzeniami odżywiania, z chronicznym bólem, wśród palaczy, czy w grupach nieklinicznych (Cooper, Langton, 2006)⁷.

Konkludując, można powiedzieć, że zadanie „dot-probe” powstało w oparciu o obserwacje Posnera (1980), Posnera i in. (1980) oraz Navona i Margalita (1983) jako modyfikacja zadania Posnera (1980), przystosowana w szczególności do badań nad lękiem. Od paradygmatu Posnera odróżnia ją między innymi to, że pokazywane są jednocześnie dwa bodźce (a nie jeden, jak w zadaniu Posnera) oraz prezentowane są także bodźce istotne personalnie lub zagrażające (w zadaniu Posnera nie było to normą).

Prezentacja zadania „dot-probe”. Oryginalne badanie za pomocą zadania „dot-probe” przebiega następująco. Badani są usytuowani z przodu ekranu komputerowego, a ich brody są bezpiecznie usadowione na specjalnej podpórce. Badani są proszeni o wpatrywanie się w krzyżyk fiksacji w centrum ekranu, potem lub jednocześnie z krzyżykiem (Cisler i in., 2009), w odległości ok. 5 cm od siebie, ukazują się jednocześnie przez określoną długość czasu (najczęściej przez 500 ms) dwa słowa (jedno na górze i drugie na dole, bądź też jedno po lewej stronie, a drugie po prawej stronie ekranu), następnie neutralny obiekt – sonda (*probe*)⁸,

⁷ Czasami z powodu tego, że według niektórych badaczy zadanie „dot-probe” można uznać za modyfikację zadania Posnera (*exogenous cueing paradigm*), te nazwy są stosowane zamiennie. Na przykład Maner, Gailliot i DeWall (2007) piszą, że stosują w swoich badaniach „a visual cueing task”, powszechnie znane jako „dot-probe task” (s. 30; chociaż według nich twórcami tego paradygmatu byli MacLeod i in., 1986). Ponadto w innym tekście Maner, Gailliot, Rouby i Miller (2007) zamiennie stosują terminy: „the visual cueing task” i „the visual dot-probe procedure” (s. 392), a także używają terminu „dot-probe visual cuing task” (s. 391), twierdząc, że zadanie to utworzyli MacLeod i in. (1986).

⁸ Warto podkreślić, że pierwotnie sondą była kropka, stąd jedna z polskich nazw procedury – „test kropki” (Mackintosh, Hoppitt, 2009, s. 110–111), lecz stosowano także dwie kropki, kółko, krzyżyk, gwiazdkę, strzałkę, literę o różnych wielkościach, na przykład o wysokości 8 mm (Shafran, Lee, Cooper i in., 2007) czy 20 mm (Asanowicz, Wolski, 2007). Ze względu na różne rodzaje sond, dość często zamiast nazwy „dot-probe” – stosowano nazwę „visual-probe” (np. Rieger i in., 1998). W niniejszej pracy postanowiono jednak zachować nazwę testu w jej pierwotnej wersji ze względu na to,

jest prezentowany w lokalizacji jednego z nich. Badanych prosi się o wskazanie lokalizacji tej sondy (określenie, czy zastąpiła ona górny, czy dolny lub lewy czy prawy bodziec) tak szybko, jak to tylko jest możliwe, za pomocą klawiatury (jeden z dwóch klawiszy) albo specjalnej skrzynki odpowiedzi z dwoma guzikami, najczęściej o odmiennych kolorach. Latencja jest mierzona automatycznie przez komputer. Krzyżyk fiksacji ukazuje się znowu przez kilka sekund, a następnie cykl się powtarza⁹ (Ainsworth i in., 2002; Asanowicz, Wolski, 2007; Bannerman i in., 2010; Cisler i in., 2009; Cisler, Koster, 2010; Fox i in., 2002; Frewen i in., 2008; Klumpp, Amir, 2009; MacLeod i in., 1986; Quimet i in., 2009; Rieger i in., 1998). Zatem alokacja (czyli dystrybucja) uwagi podczas wykonywania zadania „dot-probe” jest określana na podstawie wykonania wtórnego zadania detekcji sondy, poprzez pomiar czasu potrzebnego do reakcji na nią (Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004; MacLeod i in., 1986).

MacLeod i in. (1986) zaprojektowali zadanie „dot-probe”, aby bardziej bezpośrednio (m.in. w porównaniu z badaniem za pomocą zadania Stroopa) oszacować, czy uwaga wizualna jest rzeczywiście alokowana ku lokalizacji słów związanych z zagrożeniem u osób lękowych (zob. też: Fox i in., 2001; Fox i in., 2002). Badacze ci używali tego paradygmatu do badania pacjentów z GAD (zob. też: Ainsworth i in., 2002). W tej „emocjonalnej” wersji badanym prezentuje się pary słów, które różnią się pod względem emocjonalnego znaczenia – walencji (zagrożające vs. neutralne lub pozytywne vs. neutralne; Asanowicz, Wolski, 2007; Frewen i in., 2008; Quimet i in., 2009).

Modyfikacje zadania „dot-probe”. Badacze przeprowadzili wiele modyfikacji zadania „dot-probe”. Jedna z nich polegała na tym, że odpowiedzi na sondę miały

że po pierwsze, autorka modyfikowała pierwotną wersję testu, a po drugie – tak czyniło wielu autorów (np. Ajilchi, Nejati, 2013; Franklin, Holmes, Smith, Fowler, 2016; Judah, Grant, Lechner, Mills, 2013).

⁹ W pierwotnej wersji zadania „dot-probe” w połowie prób sonda ukazuje się (po zniknięciu pary) w miejscu lokalizacji przestrzennej, wcześniej zajmowanej przez jedno ze słów z pary. Badanych prosi się, aby nacisnęli guzik tak szybko, jak to tylko jest możliwe, kiedy tylko sonda zostanie wykryta (Faunce, 2002; Fox i in., 2002). Mogg i Bradley (2005) piszą, że we wczesnych wersjach tego zadania sonda tylko sporadycznie pojawiała się w niektórych próbach (np. MacLeod i in., 1986), przy czym częściej ukazywała się ona w próbach ze słowami zagrażającymi. Uzyskiwany w takich eksperymentach wynik traktowany jako wskaźnik tendencyjności uwagi mógł w rzeczywistości odzwierciedlać błąd uczenia się (badani mogli kierować uwagę ku słowom zagrażającym, ponieważ nauczyli się, że te słowa poprzedzają pojawienie się sondy). Późniejsze wersje zadania unikały ryzyka tego artefaktu dzięki temu, że sonda była prezentowana w każdej próbie (Faunce, 2002; Fox i in., 2002; Mogg, Bradley, 2005), co znacznie zwiększyło moc statystyczną badań (Fox i in., 2002). Ponadto warto dodać, że wczesne wersje zadania „dot-probe” (np. MacLeod i in., 1986) wymagały od uczestników czytania na głos słowa prezentowanego w górnej części ekranu. To koncentrowało ich uwagę na górnym słowie (Ainsworth i in., 2002; Cisler i in., 2009). Warto ponadto dodać, że we wczesnych wersjach zadania nie prezentowano punktu fiksacji (Cisler i in., 2009).

charakter wymuszony (Faunce, 2002). Było to połączenie zadania kategoryzacji bodźca docelowego (*a target categorisation task*) i zadania „dot-probe” (Fox i in., 2002), które nazwano zadaniem identyfikacji sondy (*a probe identification task*) w przeciwieństwie do pierwotnej wersji, którą określono – dla porównania – zadaniem lokalizacji sondy (*a probe localisation task*; Cisler i in., 2009; zob. też: Cooper, Langton, 2006). Zadaniem badanego za pomocą tej modyfikacji zadania „dot-probe” było wskazanie typu sondy (Cisler i in., 2009), na przykład określenie, czy była to litera „p” czy „q” (Faunce, 2002), „E” czy „F” (Lee, Shafran, 2004) lub w innych jego wersjach, uczestnika badania proszono o określenie, czy dwie kropki (będące odpowiednikiem sondy) są rozmieszczone wertykalnie (:), czy też horyzontalnie (...) (Fox i in., 2002). Badacze uważają, że stosując kategoryzacyjną wersję zadania, unika się ryzyka, iż reakcja będzie rezultatem koncentracji badanego na jednej stronie ekranu (wówczas jego odpowiedzi można określić następująco: „sonda obecna/nieobecna”), w tej bowiem wersji reakcje nie dotyczą lokalizacji, tylko rodzaju sondy, a badany przetwarza informacje nie dotyczące jej lokalizacji, a jej typu (Fox i in., 2002). W jednej z podobnie zmodyfikowanych wersji zadania „dot-probe”, określony typ sondy zastępował określony typ bodźca (np. litera „E” zastępowała twarz wyrażającą złość). Zadaniem badanego było naciśnięcie guzika/klawisza, wskazującego typ sondy (Cisler i in., 2009; Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004).

W zmodyfikowanych wersjach zadania „dot-probe” stosowano maskowaną ekspozycję bodźców (np. para słów była prezentowana przez 14 ms, po czym pojawiała się maska – np. rząd losowych liter przed ukazaniem się sondy). Wykorzystywano także dłuższe ekspozycje, np. trwające sekundę lub dłużej (Mogg, Bradley, 2005).

Zadanie „dot-probe” zostało także zmodyfikowane w ten sposób, że zastosowano w nim obrazy (najczęściej fotografie [*a pictorial dot probe task*]; Asanowicz, Wolski, 2007; Frewen i in., 2008), aby zwiększyć jego kliniczną wartość, np. poprzez wykluczenie wpływu subiektywnej częstości używania danych słów przez badanych (Bradley, Mogg, White, Groom, de Bono, 1999; zob. też: Mogg, Bradley, 2005; Shafran i in., 2008). W zmodyfikowanych wersjach zadania „dot-probe” zaczęto stosować także bodźce w postaci schematycznych twarzy wyrażających emocje (np. Bradley i in., 1999; zob. też: Mogg, Bradley, 2005).

Warto dodać, że do niedawna w zadaniu „dot-probe” najczęściej stosowano dwa typy bodźców: jeden neutralny i jeden związany z zagrożeniem, natomiast obecnie coraz częściej stosuje się także bodźce o pozytywnej walencji (Asanowicz, Wolski, 2007; Bar-Haim i in., 2007; Derakshan i in., 2007; Fox i in., 2001; Klumpp, Amir, 2009; Lee, Shafran, 2008; Shafran, Lee, Cooper i in., 2007; zob. też: Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004; Lee, Shafran, 2004; Szymura, 2007).

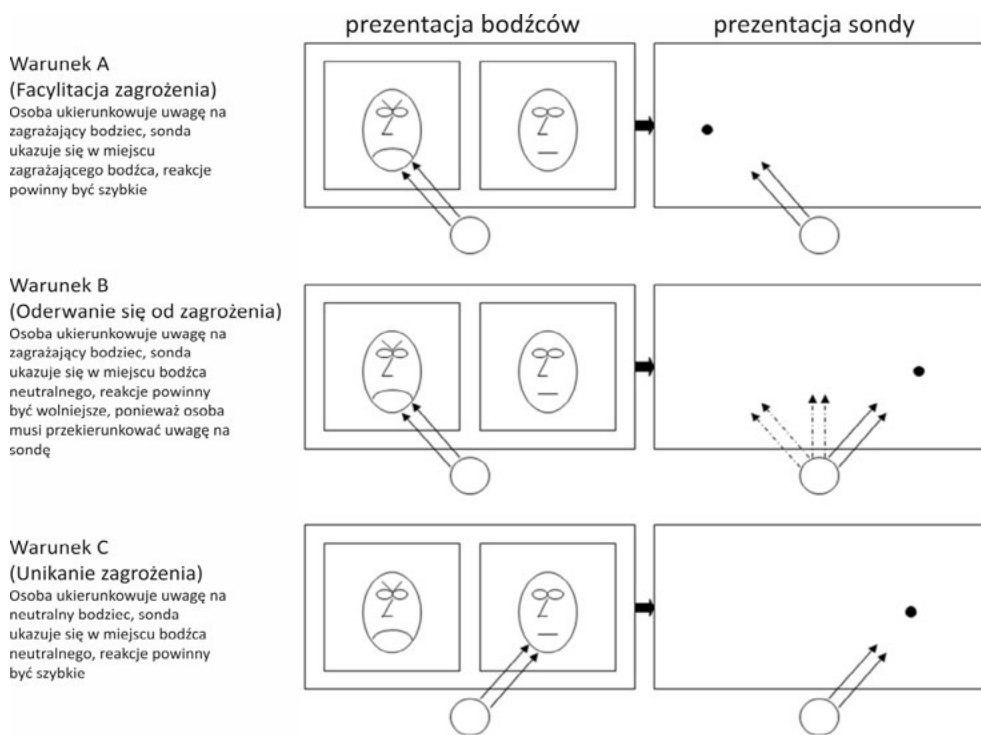
Założenia leżące u podstaw zadania „dot-probe”. Metodologiczne założenie leżące u podłoża zadania „dot-probe” jest takie, że czas reakcji badanych będzie się zmieniał w zależności od typu próby, częściowo jako funkcja bodźca, na którym koncentrują oni uwagę na początku pokazywania się sondy (Frewen i in., 2008). Zakłada się, że badani będą szybciej wykrywać sondy, które pokazują się w tej samej przestrzennej lokalizacji, co bodźce, na które zwracają oni uwagę, niż na sondy, które pojawiają się w tej samej przestrzennej lokalizacji, co bodźce, na których nie koncentrują oni uwagi (Faunce, 2002; Frewen i in., 2008; Lee, Shafran, 2004, 2008; Mogg, Bradley, 2005; Navon, Margalit, 1983; Posner i in., 1980; Shafran, Lee, Cooper i in., 2007). Wynika to z tego, że w drugim opisanym przypadku osoby badane potrzebują więcej czasu na przesunięcie uwagi ku lokalizacji sondy (Frewen i in., 2008). Zatem reagowanie na sondę będzie szybsze, kiedy uwaga w chwili pokazania się sondy jest już skoncentrowana na przestrzennej lokalizacji, w której ukazuje się sonda (Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004; zob. też: Hoppit, Mackintosh, 2009). Inaczej mówiąc, latencje reakcji na sondy będą zredukowane, jeśli pojawiają się w przetwarzanym, a nie w nieprzetwarzanym (objętym vs. nieobjętym uwagą), obszarze ekranu („*attended vs. unattended region of a display*”; Mogg, Bradley, 2005, s. 32).

Próbkami, które szczególnie interesowały badaczy stosujących zadanie „dot-probe” (tzw. próby krytyczne; Quimet i in., 2009), były te, w których jeden z bodźców był związany z zagrożeniem, drugi zaś – był neutralny (Fox i in., 2002; MacLeod i in., 1986; Mogg, Bradley, 2005). Poprzez badanie wpływu takiego bodźca na latencje wykrywania sondy w dwóch obszarach przestrzennych stało się możliwe określenie, czy uwaga wizualna badanych jest skierowana ku bodźcom zagrażającym, czy też ma miejsce ich uwagowe unikanie (Faunce, 2002; MacLeod i in., 1986; Mogg, Bradley, 2005). O alokacji (dystrybucji) uwagi przestrzennej podczas prezentacji dwóch bodźców wnioskuje się, porównując szybkości manualnych odpowiedzi (bardzo rzadko stosuje się odpowiedzi głosowe) na sondę w warunkach różnych lokalizacji istotnego (np. zagrażającego) bodźca (Navon, Margalit, 1983; Posner i in., 1980).

Tendencyjność uwagi stwierdza się na podstawie różnic między czasami reakcji na sondy, które zastępują bodźce zagrażające (próby kongruentne), a czasami reakcji na sondy, które zastępują bodźce neutralne (próby niekongruentne; Cisler i in., 2009; Cisler, Koster, 2010; zob. też: Bar-Haim i in., 2007; Bar-Haim, Shulman, Lamy, Reuveni, 2006). Jeśli uwaga jednostki jest ukierunkowana ku bodźcom zagrażającym, czasy reakcji będą krótsze dla sond, które zastępują bodźce zagrażające, w porównaniu z sondami, które zastępują bodźce neutralne. Innymi słowy, gdy uwaga badanego jest przyciągana ku przestrzennej lokalizacji zajmowanej przez zagrażający bodziec, łatwiej

wykrywa on sondę, kiedy pojawia się ona w tej właśnie lokalizacji (Bar-Haim i in., 2006; Bar-Haim i in., 2007; Cisler, Koster, 2010; zob. też: Asanowicz, Wolski, 2007; Derakshan i in., 2007; Klumpp, Amir, 2009). W przeciwieństwie do tego, wolniejsze czasy reakcji w wykrywaniu sondy zastępującej bodźce neutralne, w porównaniu z sytuacją, gdy sonda zastępuje bodźce zagrażające, uważa się za wskaźnik tego, że badani mają trudność w odangażowaniu uwagi od zagrożenia (Cisler i in., 2009). Z kolei wolniejsze wykrycie sondy zastępującej bodziec zagrażający w porównaniu z czasem wykrycia sondy zastępującej bodziec neutralny uważa się za dowód na unikanie tego bodźca (Derakshan i in., 2007).

Rysunek 9 prezentuje warunki prezentacji bodźców w zadaniu „dot-probe”. Można w nich zaobserwować te trzy typy tendencji uwagi.



Rysunek 9. Prezentacja prób zadania „dot-probe” oraz prawdopodobnych mechanizmów czujności, trudności w odangażowaniu uwagi i unikania bodźców związanych z zagrożeniem.

Źródło: Frewen i in., 2008, s. 355. Zaadaptowano za zgodą Wydawnictwa Elsevier Science Ltd.

Założenia leżące u podłoża zadania „dot-probe” wydają się potwierdzać wyniki badań. Zadanie to było początkowo używane w badaniach z populacjami lękowymi (Lee, Shafran, 2004). Dotychczasowe wyniki badań przeprowadzanych przy wyko-

rzystaniu zadania „dot-probe” u osób lękowych konsekwentnie potwierdzają hipotezę o preferencyjnym przetwarzaniu przez nie informacji dotyczących bodźców potencjalnie zagrażających (Asanowicz, Wolski, 2007; Quimet i in., 2009), a mianowicie osoby te reagują szybciej na sondy zastępujące bodźce zagrażające niż na sondy, które zastępują bodźce neutralne (nawet wówczas, gdy stosuje się podprogowe prezentacje bodźców) i czynią to szybciej niż osoby zdrowe, co potwierdza, że są one uwrażliwione na zagrożenie (Bannerman i in., 2010; Lee, Shafran, 2004; MacLeod i in., 1986; zob. też: Fox i in., 2001; Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004; Szymura, 2007). Wyniki te dotyczą zarówno bodźców słownych (np. Fox, 1993; Fox i in., 2002; MacLeod i in., 1986; Mogg, Bradley, 2005), jak i twarzy (Bradley i in., 1999; Bradley, Mogg, Falla, Hamilton, 1998; zob. też: Cisler i in., 2009; Cisler, Koster, 2010). Jak się wydaje, osoby charakteryzujące się wyższym natężeniem lęku dokonują selekcji kolejnego źródła danych, z uwzględnieniem informacji o lokalizacji poprzedniego sygnału zagrażającego w taki sposób, jakby chciały się upewnić, że w wybranym przez siebie „oknie uwagowym” bodźce tego typu nie pojawią się ponownie (Szymura, 2007). Chociaż badania pacjentów z takimi zaburzeniami lękowymi, jak: GAD, zespoły paniki, arachnofobia czy fobia przed uszkodzeniem przeważnie wykazywały tendencyjność uwagi w kierunku zagrożenia (np. Ainsworth i in., 2002; MacLeod i in., 1986; Wenzel, Holt, 1999), to jednak osoby z fobią społeczną wydają się unikać zagrożenia (np. Mathews, MacLeod, 2005; zob. też: Shafran, Lee, Cooper i in., 2007). Warto dodać, że w badaniu przeprowadzonym za pomocą zadania „dot-probe”, Derakshan i Buie (2007, za: Derakshan i in., 2007) manipulowali czasem ekspozycji bodźców i odkryli, że tzw. represorzy przejawiają czujność na ekspresje twarzy wyrażające złość w warunkach bardzo krótkiej prezentacji bodźców, podczas gdy unikają tych bodźców w warunkach dłuższej ich prezentacji. Warto dodać, że zasadność założeń stanowiących podstawę utworzenia zadania „dot-probe” potwierdziły także badania, które wykazały, że latencje wykrycia sondy są skorelowane z ruchami gałek ocznych badanych z jednego obszaru ekranu do drugiego (Bradley, Mogg, Millar, 2000; zob. też: Quimet i in., 2009).

Dlaczego warto stosować zadanie „dot-probe” w badaniach nad tendencyjnością uwagi? Warto wymienić te cechy zadania „dot-probe”, które pozytywnie odróżniają je od innych paradygmatów, służących do badania tendencyjności uwagi. Po pierwsze, od badanych wymaga się, aby zareagowali na neutralny bodziec (sondę). Zatem nie trzeba się obawiać, że ich opóźnione odpowiedzi mogą wynikać z reakcji emocjonalnej na bodziec docelowy czy z ich ogólnego pobudzenia. Warto dodać, że przed badaczem stosującym to zadanie otwierają się szerokie możliwości doboru materiału bodźcowego, a przede wszystkim różnych kombinacji bodźców w parach.

Dodatkową zaletą tego paradygmatu jest możliwość manipulowania interwałem czasowym między prezentacją bodźców i sondy (*Stimulus Onset Synchrony*, SOA), co pozwala na badanie temporalnego przebiegu alokacji uwagi (Bar-Haim i in., 2007). Gdy czas ekspozycji jest bardzo krótki, tendencyjność uwagi wynika prawdopodobnie z nieświadomego przetwarzania informacji, podczas gdy błędy uwagi, pojawiające się w warunkach długich ekspozycji bodźców, można traktować jako związane ze świadomym przetwarzaniem informacji (zob. też: np. Asanowicz, Wolski, 2007; Cardi i in., 2013). Ponadto zadanie „dot-probe” ma tę zaletę, że umożliwia eksplorację nie tylko ukierunkowania uwagi na bodziec i unikania go (Placanica i in., 2002), ale także trudności w odangażowaniu uwagi od tego bodźca (Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004), chociaż niestety, niewielu badaczy podjęło się zbadania tego trzeciego aspektu tendencyjności uwagi (Klumpp, Amir, 2009; Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004). Między innymi z tego względu autorka niniejszej pracy zaproponowała autorską modyfikację zadania „dot-probe”.

Można powiedzieć, że pomimo ogromnego potencjału badawczego zadania „dot-probe”, stosowane modyfikacje tego zadania wykorzystywały go jedynie w części. Należy podkreślić, że po pierwsze, zazwyczaj stosowano jeden, standardowy czas prezentacji bodźców (500 ms). Po drugie, zazwyczaj eksploracji podlegały jedynie dwa komponenty tendencyjności uwagi: ukierunkowanie uwagi na materiał bodźcowy (czujność) oraz odwracanie uwagi od tego materiału (unikanie), natomiast pomijano trzeci ważny komponent, a mianowicie trudność z odangażowaniem uwagi od bodźców. Po trzecie, wiele ograniczeń przeprowadzonych badań, na które niejednokrotnie po ich przeprowadzeniu zwracali uwagę sami badacze, dotyczyło doboru (a zwłaszcza relewancji) bodźców. Należy podkreślić, że te ograniczenia dotyczą także badań nad zaburzeniami odżywiania, a badacze z tego obszaru wnieśli wiele cennych uwag w zakresie metodologii zadania „dot-probe” (co w największym stopniu zainspirowało autorkę niniejszej pracy do zaprojektowania autorskiej modyfikacji zadania „dot-probe”). W tabeli 4 zostaną zaprezentowane te ograniczenia wraz z zaleceniami badaczy dotyczącymi ich pokonania także w obszarze zaburzeń odżywiania.

Tabela 4

Rekomendacje badaczy dotyczące zoptymalizowania metodologii badania tendencji uwagi u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (włączając w to pacjentów z zaburzeniami odżywiania), ze szczególnym uwzględnieniem zadania „dot-probe”

Rekomendacje badaczy dotyczące zoptymalizowania metodologii badania tendencji uwagi u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi oraz ich uzasadnienie	
Rekomendacja	Uzasadnienie
<p>Obszar, jakiego dotyczy rekomendacja: Czas prezentacji bodźców</p> <p>Zaprojektowanie zadania „dot-probe” w ten sposób, aby istniała możliwość zbadania reakcji badanych w przypadku różnych czasów prezentacji bodźców, czyli eksploracja wzorca zmian kierunku uwagi w czasie (zob. też: Asanowicz, Wolski, 2007)</p>	<p>W przeprowadzanych dotychczas badaniach wykorzystujących zadanie „dot-probe” stosowano jeden (500 ms), co najwyżej dwa czasy prezentacji bodźców (<i>Stimulus Onset Asynchrony</i>, SOA; np. 500 i 2000 ms – Lee, Shafan, 2008; 500 i 1250 ms – Cardi i in., 2013; 17 i 500 ms – Asanowicz, Wolski, 2007). Klumpp i Amir (2009) stwierdzają, że para bodźców w zadaniu „dot-probe” często bywa prezentowana na tyle długo, aby możliwe było więcej niż jednokrotne przesunięcie uwagi między parą bodźców. Asanowicz i Wolski (2007), uzasadniając stwierdzenie, że przyjęta metodologia zadania „dot-probe” nie jest do końca trafna, piszą, iż założenie, że podczas wykonywania tego zadania czas reakcji przy SOA = 500 ms odzwierciedla kierunek pierwszej reorientacji uwagi (<i>initial orienting</i>), jest nieuzasadnione, ponieważ 500 ms to czas wystarczająco długi na dwukrotną reorientację uwagi (zob. też: Cooper, Langton, 2006; Holas, Brzezicka, 2009; Posner, 1994; Wells, Matthews, 1994). Wydaje się zatem, że tylko bardzo krótkie czasy prezentacji bodźców mogą umożliwić zarejestrowanie procesu automatycznej reorientacji uwagi przestrzennej, przebiegającego szybkości od procedur kontrolnych, natomiast reakcja na bodziec docelowy, poprzedzany dłuższą, trwającą 500 ms prezentacją afektywnych bodźców, nie odzwierciedla już procesów uwagi orientacyjnej, ale raczej koszty przetwarzania informacji emocjonalnej przez mechanizm uwagi kontrolnej (Asanowicz, Wolski, 2007). Tę hipotezę potwierdzają wyniki badań osób lękowych, pokazujące, że uwaga tych osób „przyskokuje się” początkowo do danego bodźca, czego efektem mogą być trudności w odwracaniu uwagi od niego, stwierdzone najczęściej w badaniach dla czasów prezentacji bodźców pomiędzy 150 a 600 ms. Ponadto osoby te często unikają patrzenia na bodźce zagrażające przy dłuższych czasach prezentacji. Efekt ten stwierdzany jest zwykle w badaniach ruchów gałek ocznych dla przedziałów między 1500 a 3000 ms (Holas, Brzezicka, 2009). Warto dodać, że Fox i in. (2001) oraz Fox i in. (2002) podkreślają, iż podczas badania za pomocą zadania „dot-probe”, ze względu na to, że bodźce są prezentowane w centralnym polu widzenia i obie lokalizacje ekranu (górna/dolna lub prawa/lewa) są istotne dla zadania, a ponadto czasy prezentacji są relatywnie długie (500 ms), uwaga może kierować się ku różnym lokalizacjom i badani mogą mieć tendencję do dłuższego skupiania się (<i>dwell on</i>) na zagrażających bodźcach wtedy, gdy zostały one wykryte. Jeśli to miałyby miejsce, niemożliwe byłoby rozróżnienie w tym przypadku, czy zagrażająca informacja przyciąga uwagę (orientacja uwagi), czy też, gdy zostaje wykryta, „trzyma” (<i>holds</i>) tę uwagę (zaangażowanie uwagi; Fox i in., 2001, s. 682; zob. też: Bar-Haim i in., 2007; Klumpp, Amir, 2009; Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004).</p> <p>Warto dodać, że istotnym ograniczeniem badań stosujących zadanie „dot-probe” (jak i wiele innych paradigmatów eksplorujących tendencyjność uwagi) jest to, że latencje reakcji w tym zadaniu zapewniają jedynie „migawkę” (<i>snapshot</i>) dystrybucji uwagi badanych w momencie udzielania przez nich odpowiedzi (Cooper, Langton, 2006, s. 1322; zob. też: Bar-Haim i in., 2007; Bar-Haim i in., 2006; Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004; Mogg, Bradley, 2005; Navon, Margalit, 1983; Posner i in., 1980). Ten problem, przynajmniej częściowo, rozwiązuje się przez manipulację czasem prezentacji bodźców, gdyż można wówczas badać zmiany tendencyjności uwagi w czasie, np. Asanowicz i Wolski (2007) twierdzą, że gdy bodźce prezentuje się dość długo, na przykład 1250 ms, interpretacja uzyskanych wyników dotyczy wzorca zmian kierunku uwagi. Alternatywą może być tutaj badanie zachowania gałek ocznych (<i>eye-tracking</i>) podczas prezentacji emocjonalnych bodźców, co pozwala na pełną ocenę dystrybucji wizualnej uwagi (Mogg, Bradley, 2005; zob. też: Holas, 2015).</p>

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Obszar, jakiego dotyczy rekomendacja: Badanie trzech komponentów tendencyjności uwagi

Zaprojektowanie zadania „dot-probe” w ten sposób, aby istniała możliwość rozróżniania między trzema komponentami tendencyjności uwagi: ukierunkowaniem uwagi na bodziec (orientacją w jego kierunku, czujnością), trudnością z odangażowaniem uwagi od bodźca oraz unikaniem bodźca

Ostatnio coraz częściej kwestionuje się dotychczasową interpretację wyników uzyskiwanych w badaniach wykorzystujących zadanie „dot-probe” (Fox i in., 2002; zob. też: Klumpp, Amir, 2009; Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004). Tendencyjność uwagi standardowo oblicza się, odejmując czasy reakcji w próbach kongruentnych od czasów reakcji w próbach niekongruentnych. Wynik dodatni wynikający z wolniejszych reakcji w próbach niekongruentnych i szybszych reakcji w próbach kongruentnych interpretuje się jako dowód ukierunkowania uwagi na istotne (np. zagrażające) bodźce. Wynik ujemny, wynikający z szybszych reakcji w próbach niekongruentnych i wolniejszych reakcji w próbach kongruentnych, interpretuje się jako dowód odwracania uwagi od istotnych bodźców (Cisler, Koster, 2010; Koster, Crombez, Van Damme, Verschuere, De Houwer, 2005; Lee, Shafraan, 2004; MacLeod i in., 1986; Placanica i in., 2002; Shafraan, Lee, Cooper i in., 2007). Niektórzy badacze (np. Klumpp, Amir, 2009; Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004) zaczęli podawać w wątpliwość taką interpretację wyników, wysuwając argument, że dodatni wynik odejmowania czasów reakcji w próbach kongruentnych od czasów reakcji w próbach niekongruentnych można interpretować dwojako, a mianowicie jako wskaźnik ukierunkowania uwagi na istotne bodźce lub trudności w odangażowaniu jej od nich (Bar-Haim i in., 2007; Cisler i in., 2009; Klumpp, Amir, 2009; Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004). W reakcji na to ograniczenie dotyczące zadania „dot-probe”, Koster, Crombez, Verschuere i in. (2004) zaproponowali modyfikację tego zadania, mającą umożliwić rozróżnienie między czujnością i trudnością z odangażowaniem uwagi, polegającą na wprowadzeniu, obok prób kongruentnych i niekongruentnych, prób neutralnych (w których ukazywały się dwa bodźce neutralne; zob. też: Cisler i in., 2009; Cisler, Koster, 2010; Klumpp, Amir, 2009; Shane, Peterson, 2007). Badacze zaproponowali dwie metody analizowania danych uzyskanych dzięki tak zmodyfikowanemu zadaniu „dot-probe”: porównanie czasów reakcji w próbach kongruentnych i niekongruentnych oraz porównanie czasów reakcji w próbach zawierających dwa bodźce neutralne oraz czasów reakcji w próbach, które zawierały jeden bodziec neutralny i jeden bodziec zagrażający (próby kongruentne lub próby niekongruentne). Pierwsze porównanie umożliwia sprawdzenie, czy uwaga badanego koncentruje się na zagrożeniu (dodatni wynik wynikający z odejmowania czasów reakcji w próbach kongruentnych od czasów reakcji w próbach niekongruentnych), czy też badany unika go (ujemny wynik wynikający z odejmowania czasów reakcji w próbach kongruentnych od czasów reakcji w próbach niekongruentnych). Drugie porównanie umożliwia sprawdzenie, czy dodatni wynik wynikający z odejmowania czasów reakcji w próbach kongruentnych od czasów reakcji w próbach niekongruentnych odzwierciedla czujność w zakresie zagrożenia czy trudność w odangażowaniu uwagi od niego. Czujność powinna prowadzić do szybszych odpowiedzi w próbach kongruentnych w porównaniu z próbami neutralnymi (różnica czasów powstała z odjęcia czasów reakcji w próbach neutralnych od czasów reakcji w próbach kongruentnych powinna być ujemna), zaś trudność w odangażowaniu uwagi od zagrożenia powinna prowadzić do wolniejszych odpowiedzi w próbach niekongruentnych w porównaniu z próbami neutralnymi (różnica powstała z odjęcia czasów reakcji w próbach neutralnych od czasów reakcji w próbach niekongruentnych powinna być dodatnia). W tym ostatnim przypadku opóźnienie w odpowiedziach w próbach niekongruentnych wynika z dodatkowego czasu potrzebnego na przesunięcie uwagi z zagrażającej do neutralnej lokalizacji (Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004; Koster, Crombez, Verschuere, De Houwer, 2006; zob. też: Starzomska, 2017a). Wyniki badań stosujących tak zmodyfikowane zadanie ujawniły, że czasy reakcji w próbach z dwoma neutralnymi bodźcami nie różniły się od czasów reakcji w próbach kongruentnych, co świadczy o nieobecności czujności na zagrożenie, natomiast czasy reakcji w próbach neutralnych były krótsze niż czasy reakcji w próbach niekongruentnych, co stanowi dowód na trudność w odangażowaniu uwagi od zagrożenia (Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004; Koster, Crombez, Verschuere, De Houwer, 2006).

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Obszar, jakiego dotyczy rekomendacja: Dobór bodźców

Zastosowanie bodźców obrazkowych zamiast bodźców słownych

W badaniach tendencji uwagi u osób z zaburzeniami psychicznymi początkowo stosowano przeważnie bodźce słowne, jednak wydaje się to być poważną wadą tych badań. Shafran i in. (2008) piszą, że zadanie „dot-probe” zostało zmodyfikowane w ten sposób, że zaczęto stosować zamiast bodźców słownych – obrazki (najczęściej fotografie) w celu zwiększenia jego klinicznej relevancji (zob. też: Bradley i in., 1999). Z kolei Pishyar, Harris i Menzies (2008) piszą, że stosowanie twarzy zamiast słów zwiększa szansę uzyskania rzetelnych wyników. Obecnie coraz częściej stosuje się tego typu bodźce (np. Card i in., 2013; Shafran, Lee, Cooper i in., 2007).

Zastosowanie nacechowanych pozytywnie bodźców związanych z jedzeniem, kształtem ciała i wagą ciała

W przypadku badań tendencji uwagi u osób z zaburzeniami psychicznymi najczęściej stosowano bodźce odnoszące się do tych zaburzeń, czyli bodźce zagrażające, które wiążą się z ich psychopatologią, przy czym odnosi się to także do zaburzeń odżywiania (np. Lee, Shafran, 2004, 2008). Badacze, których interesują zaburzenia odżywiania, piszą o stosowaniu w tego typu badaniach bodźców związanych z jadłowstrętem psychicznym i otyłością (Lee, Shafran, 2004), z pokarmem (Placanica i in., 2002), z ciałem (Davidson, Wright, 2002) oraz bodźców odnoszących się do kształtu ciała, jedzenia i wyglądu ciała (Shafran i in., 2008; zob. też: Johansson, 2006). Najczęściej w badaniach pacjentów z zaburzeniami odżywiania stosowano bodźce dotyczące jedzenia, kształtu i wagi ciała (Davidson, Wright, 2002; Johansson, 2006; Lee, Shafran, 2004, 2008; Placanica i in., 2002; Shafran, Lee, Cooper i in., 2007; Shafran i in., 2008), przy czym dobór ten pozostaje w zgodzie ze stwierdzeniem Fairburna i in. (2003), według którego zaburzenia odżywiania cechuje nadmierne przypisywanie znaczenia pokarmowi, kształtowi ciała i wadze. Do niedawna w badaniach osób z zaburzeniami odżywiania stosowano niemal wyłącznie bodźce o negatywnej walencji (np. słowa określające potrawy wysokokaloryczne, sylwetkę otyłej osoby czy newralgiczne dla kobiet części ciała, jak chody brzuch; zob. też: Johansson, 2006), jednak coraz więcej badaczy zaczęło zauważać potrzebę stosowania także bodźców o pozytywnym wydźwięku. Faunce (2002), za Vitousek i Hollonem (1990), twierdzi, że skoro opór wobec informacji przeciwniej do schematów jest ważnym przejawem zaburzeń odżywiania, niezbędne jest zastosowanie w badaniach tych osób bodźców pozytywnie nacechowanych. Johansson (2006) także podkreśla, że w badaniach błędów uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania warto brać pod uwagę poza słowami dotyczącymi pokarmu i ciała o negatywnym wydźwięku – również słowa o pozytywnym wydźwięku, na przykład oznaczające zdrową żywność czy szczupłą sylwetkę. Szereg badaczy uwzględniło w swoich badaniach ten postulat (np. Lee, Shafran, 2008; Placanica i in., 2002; Shafran, Lee, Cooper i in., 2007; Shafran i in., 2008).

Rozszerzenie puli bodźców stosowanych w badaniach pacjentów z zaburzeniami odżywiania o bodźce związane z samooceną

Johansson (2006) twierdzi, że ze względu na to, iż badania wykazały związek między zaburzeniami odżywiania a negatywną samooceną (np. Fairburn i in., 2003), warto badać tendencyjność uwagi dla negatywnie nacechowanych bodźców niezwiązanych z jedzeniem i wyglądem ciała, w tym dla negatywnej informacji istotnej dla badanego (*self-relevant information*; zob. też: Lee, Shafran, 2004). Szczególnie istotna wydaje się być eksploracja tendencyjności uwagi w warunkach zagrożenia dla Ja (*ego-self threats*; Lee, Shafran, 2004; zob. też: Derakshan i in., 2007), zwłaszcza chodzi tu o zastosowanie bodźców związanych z zagrożeniem dla samooceny (np. słowa „porażka” czy „głupi”) oraz dla autonomii (np. słowo „manipulowany”; Faunce, 2002; Lee, Shafran, 2004; zob. też: McManus, Waller, Chadwick, 1996; Waller, Meyer, 1997; Waller, Watkins, Shuck, McManus, 1996). Vitousek i Orimoto (1993) rekomendowali również badanie tendencyjności uwagi dla innych grup słów (np. dotyczących osiągnięć czy życia seksualnego), które mogą mieć duże znaczenie w psychopatologii zaburzeń odżywiania (zob. też: Faunce, 2002).

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Obszar, jakiego dotyczy rekomendacja: Dobór bodźców

Ocena walenacji bodźców przez chorych

Lee i Shafrań (2004) zwracając uwagę, że problem personalnego znaczenia bodźców w badaniach uwagi pozostaje nadal nierozstrzygnięty. Według Mogg i Bradleya (2005) dobór bodźców w badaniach tendencji uwagi, o którym decyduje eksperymentator, powinien spowodować metodologiczną troskę. Shafrań, Lee, Cooper i in. (2007) piszą, że jednym z możliwych wyjaśnień dla zaskakującego odkrycia o braku różnic między pacjentami z zaburzeniami odżywiania a zdrowymi osobami w zakresie tendencji uwagi dla pozytywnych i neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała jest to, że kategoryzacja „pozytywnych”, „negatywnych”, „neutralnych” bodźców nie była dokonywana przez tych pierwszych, natomiast dokonywali jej klinicyści i badacze (pracujący na dwóch oddziałach leczenia zaburzeń odżywiania w Oxfordzie). Ponadto dodatkowe niepublikowane dane pochodzące z tych badań wskazują na to, że istniała rozbieżność między ocenami bodźców dokonanymi przez pacjentów a ocenami dokonanymi przez osoby zdrowe, na przykład okazało się, że chorzy nie uważają „pozytywnych” (według osób zdrowych) bodźców dotyczących kształtu ciała za pozytywne, co mogło spowodować, że nie udało się autorom wykazać tendencji uwagi w zakresie pozytywnych bodźców dotyczących kształtu ciała. Co prawda, badacze po przeprowadzeniu testu „dot-probe” prosili badanych o oszacowanie walenacji prezentowanych bodźców, jednak sami uznali takie badania *ex post* za niewystarczające (Lee, Shafrań, 2008; zob. też: Shafrań i in., 2008). Shafrań i in. (2008) uważają, że chociaż w badaniach uwagi u osób z zaburzeniami lękowymi i depresją ocena walenacji bodźców przez osoby cierpiące na te zaburzenia jest normą, w badaniach osób z zaburzeniami odżywiania stanowi to poważne zaniedbanie. Shafrań, Lee, Cooper i in. (2007) podkreślają, że przyszłe badania, aby spełnić wymóg „ekologicznej trafności” (s. 378), powinny stosować bodźce poddane ocenie ze strony chorych.

Unikanie ryzyka, że emocjonalnie nacechowany materiał będzie zakłócał przetwarzanie informacji nie przez hiperuczulność na zagrożenie, lecz przez schematyczną spójność, czyli siłę asocjacyjną tego materiału

Dobierając bodźce do badań tendencji uwagi, warto brać pod uwagę efekt semantycznego przymowania. Polega on na tym, że prezentacja słów w blokach tematycznych może sprawić, iż treść każdego słowa pełni rolę prymy dla każdego następnego słowa z tej samej kategorii, a z kolei siła efektu przymowania jest przynajmniej częściowo zdeterminowana przez siłę związku między słowami danej kategorii (np. Warren, 1972, 1974). Vitousek i Hollon (1990) piszą o silnie wypracowanych schematach dotyczących kształtu ciała u osób z jadłowstrętem psychicznym, co zwiększa ryzyko efektu przymowania, lecz nie eliminuje możliwego wpływu afektywnej walenacji na szybkość udzielania przez nich odpowiedzi. Wiele badaczy tendencji uwagi wśród pacjentów z zaburzeniami odżywiania zmagало się z problemem ryzyka, że uzyskane wyniki będą artefaktem wynikającym z semantycznego związku prezentowanych słów (np. Green, Corr, de Silva, 1999; Placencia i in., 2002; Rieger i in., 1998). Green i in. (1999) podkreślają, że badacze powinni z wielką uwagą wybierać słowa, które będą stosowane jako bodźce w eksperymentach. Szczególny nacisk autorzy ci kładą na dobór słów neutralnych emocjonalnie, pełniących rolę bodźców kontrolnych, które będą zestawiane ze słowami emocjonalnie istotnymi dla badanych. Rieger i in. (1998) stwierdzili, że poprzez włączenie do badania semantycznie związanych (kontrolnych i emocjonalnie nacechowanych) słów zyskali pewność, że uzyskane wyniki nie będą artefaktem wynikającym z ich semantycznego związku. Badacze ci uznali, że dobrym rozwiązaniem jest dopasowanie prezentowanych bloków słów pod względem siły semantycznego związku. Pomimo licznych dyskusji na temat problemu siły asocjacyjnej słów, będących bodźcami eksperymentalnymi i kontrolnymi, Lee i Shafrań (2004) podkreślają, że pozostaje on nadal nierozstrzygnięty. Warto jednak eliminować możliwość jakiegokolwiek wpływu tej siły na wyniki, unikając zblokowanego prezentowania słów jednej kategorii. Można to uczynić poprzez losową prezentację bodźców, co jest możliwe między innymi dzięki zastosowaniu zadania „dot-probe”.

Eye-tracking. Eye-tracking (inaczej badanie okulograficzne) umożliwia eksplorację dokładnego zachowania się gałki ocznej badanego bez konieczności udzielenia przez niego jawnej odpowiedzi. O ile scharakteryzowane powyżej paradygmaty, służące do badania tendencyjności uwagi, umożliwiają jedynie migawkowy, statyczny wycinek procesów uwagowych, o tyle eye-trackingu nie cechuje takie ograniczenie (Holas, 2015). Jedną z metod eye-trackingu jest elektrookulografia, która polega na rejestrowaniu zmian zachowania gałki ocznej za pomocą elektrod umieszczonych na skórze uczestników badań. Ruchy pionowe są rejestrowane przez elektrody umieszczone nad i pod okiem, zaś rejestracja ruchów poziomych odbywa się dzięki elektrodom umieszczonym u nasady nosa i na skroni. Z kolei metoda fotoelektryczna opiera się na wykorzystaniu właściwości oka jako układu optycznego, przy założeniu, że w zależności od położenia gałki ocznej zmianie ulega współczynnik odbicia światła przez rogówkę. Przeprowadzając badanie tego typu, badacz korzysta z układu pomiarowego składającego się z umieszczonych przed okiem źródeł promieniowania podczerwonego i odpowiadających im czujników, mierzących natężenie odbitego światła. Z kolei pomiar wideookulograficzny polega na nagrywaniu ruchów gałki ocznej za pomocą kamery. Dzięki zastosowaniu specjalnego oprogramowania komputerowego, na podstawie zarejestrowanego materiału, można wykryć pozycję źrenicy i odtworzyć ruch oka. Wreszcie metoda magnetyczna, nazywana także metodą „cewki probierczej” (Krejtz i in., 2008, s. 78), najbardziej precyzyjna, ale i bardzo kosztowna, polega na zaopatrzeniu badanego w specjalne silikonowe soczewki, w których są zatopione cewki indukcyjne. Badanie opiera się na prawie Faradaya, według którego w cewce poruszającej się w polu magnetycznym indukowany jest prąd. Podczas pomiaru, badanego umieszcza się w polu elektromagnetycznym, a sygnał odprowadzany z soczewek podlega wzmocnieniu i analizie, co umożliwia precyzyjne opisanie ruchów gałek ocznych (zob. też: Jaśkowski, 2009). Eye-tracking stosuje się obecnie powszechnie w wielu obszarach psychologii, na przykład w badaniach nad autyzmem, mową, psychologicznymi aspektami marketingu (Krejtz i in., 2008). Znalazła ona także szerokie zastosowanie w psychologii klinicznej, na przykład w badaniach dotyczących lęku społecznego (np. Fernandes i in., 2018; zob. też: Holas, 2015), chorób afektywnych (np. Armstrong, Olatunji, 2012), PTSD (np. Felmingham, Rennie, Manor, Bryant, 2011), czy w zaburzeniach odżywiania (np. Sperling, Baldofski, Lüthold, Hilbert, 2017). Należy dodać, że badania eye-trackingowe bardzo często łączone są z innymi metodami eksploracji tendencyjności uwagi (np. Armstrong, Olatunji, 2012; Mogg, Millar, Bradley, 2000; Sperling i in., 2017).

Praktyczne wykorzystanie wyników badań dotyczących tendencyjności uwagi w zaburzeniach psychicznych, w tym w zaburzeniach odżywiania.

Badanie procesów poznawczych w zaburzeniach psychicznych ma duże znaczenie

ze względu na możliwość ich aplikacji w praktyce klinicznej (Mathews, MacLeod, 2002). Dla klinicystów zainteresowanych zaburzeniami lękowymi, rozumieniem poznawczych mechanizmów leżących u ich podłoża i rozwinięciem możliwych strategii ich leczenia, badanie mechanizmów uwagowych w procesie przetwarzania informacji jest szczególnie ważne, gdyż może doprowadzić do głębszego rozumienia błędów poznawczych, stanowiących prawdopodobnie podłoże tych zaburzeń. To z kolei może być doprowadzić do rozwinięcia odpowiednich metod leczenia (Fox i in., 2001). Niestety, niektóre dane z badań dotyczących wpływu leczenia psychologicznego na błędy uwagi wskazują, że koncentracja na nich podczas leczenia nie jest konieczna do ich redukcji (Cooper, Fairburn, 1994; Mathews, Mogg, Kentish, Eysenck, 1995). Ponadto wyniki niektórych badań dotyczących zmian w zakresie tendencyjności uwagi podczas leczenia można uznać za niekonkluzywne. Część z nich nie wykazała takich zmian (np. badania pacjentów z PTSD; Devineni, Blanchard, Hickling, Buckley, 2004), część – ujawniła jedynie niewielkie zmiany (np. u pacjentów z fobią społeczną; Mattia, Heimberg, Hope, 1993), a wyniki innych badań są niejednoznaczne (np. badania z udziałem osób z arachnofobią; Thorpe, Salkovskis, 1997).

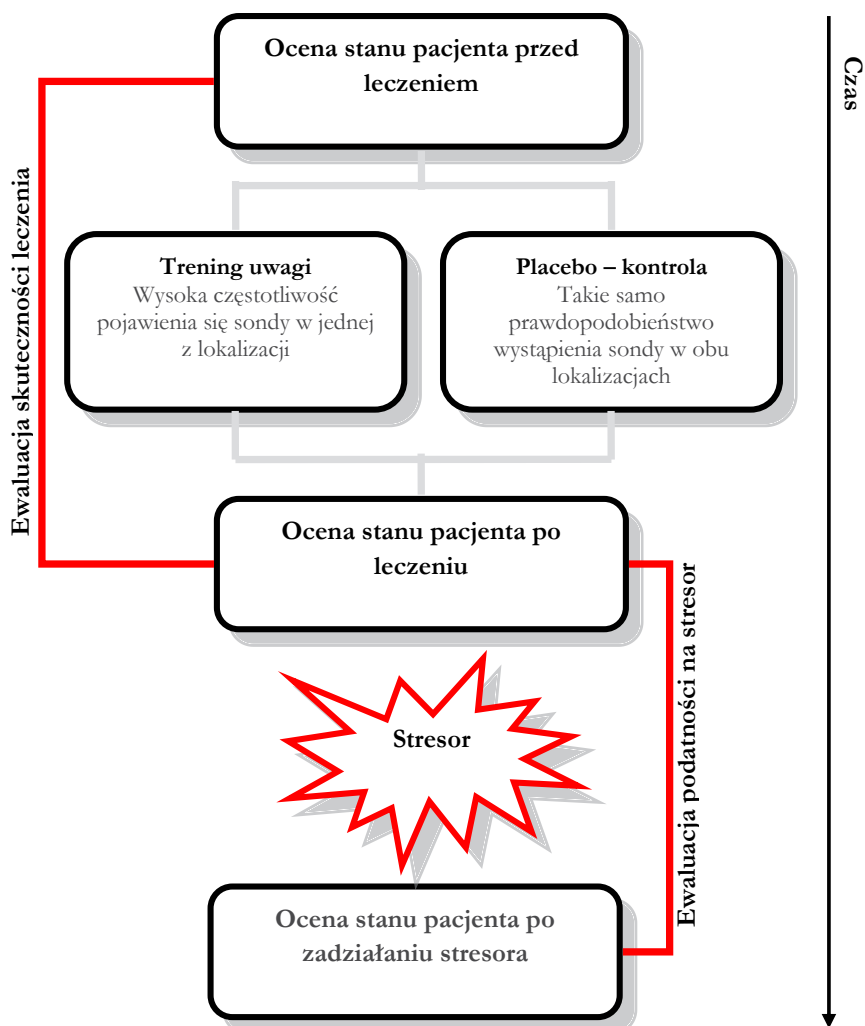
Istnieje również wiele sprzecznych odkryć dotyczących związku między tendencyjnością uwagi i zmianą w psychopatologii. Podczas gdy niektóre badania odkryły, że zmiana pod względem nasilenia poszczególnych symptomów zaburzeń psychicznych jest związana ze zmianą w przetwarzaniu emocjonalnego materiału (np. Dehghani, Sharpe, Nicholas, 2004), pewna liczba badań nie wykazała takiego związku (Devineni i in., 2004; Thorpe, Salkovskis, 1997). Warto podkreślić, że niekonkluzywne wyniki wielu z tych badań mogły stanowić rezultat zastosowanego narzędzia, najczęściej bowiem był nim test Stroopa (1935), który, jak już wspomniano, jest uważany za dość kontrowersyjną metodę badania tendencyjności uwagi. Zadanie „dot-probe” (MacLeod i in., 1986) okazało się o wiele bardziej wrażliwym na zmianę w psychopatologii narzędziem do badania tendencyjności uwagi. Pishyar i in. (2008) badali wrażliwość zadania „dot-probe” na zmiany funkcjonowania psychicznego w wyniku przeprowadzenia standardowej poznawczo-behawioralnej terapii grupowej (*Cognitive-Behavioural Group Therapy*, CBGT) u pacjentów z fobią społeczną. Badani z rozpoznaniem tego zaburzenia byli losowo przydzieleni do jednej z dwóch grup: uczestniczącej w psychoterapii lub nie uczestniczącej w niej (*Waiting List Control*, WLC). Poza kwestionariuszami samoopisowymi, badającymi lęk społeczny, depresję i wrażliwość na lęk, zastosowano werbalne i obrazkowe zadanie „dot-probe” przed terapią i po ośmiu tygodniach terapii. Po pierwszym pomiarze, obie grupy uzyskały podobne wyniki, zaś po drugim pomiarze – grupa uczestnicząca w CBGT uzyskała niższe wyniki w zakresie zmiennych mierzonych za pomocą kwestionariuszy samoopisowych w porównaniu grupą kontrolną. Ponadto w grupie uczestniczącej

w psychoterapii zmianie uległy wyniki w zakresie wykonania zadania „dot-probe” w porównaniu z wynikami uzyskanymi przez badanych z tej grupy przed psychoterapią – osoby te po leczeniu odangażowywały uwagę od słów związanych ze społecznym zagrożeniem i od zagrażających twarzy w przeciwieństwie do charakteryzującej je przed leczeniem tendencji do ukierunkowywania uwagi na wyżej wspomniane bodźce.

W ostatnich latach podejmowano wiele prób modyfikacji tendencyjności uwagi w oparciu o zadanie „dot-probe”. Jednym z najbardziej znanych paradygmatów tego typu jest Trening Modyfikacji Tendencyjności Uwagi (*Attention Bias Modification Treatment*, ABMT; Bar-Haim, 2010), chociaż warto wspomnieć o innych bardzo podobnych paradygmatach, takich jak na przykład Program Modyfikacji Uwagi (*Attention Modification Program*, AMP; Amir i in., 2009), czy Modyfikacja Tendencyjności Poznawczej (*Cognitive Bias Modification*, CBM; Cardi, Esposito i in., 2015). Pomimo tych różnorodnych nazw, autorka pracy będzie używać skrótu ABMT podczas opisywania charakterystyki treningu modyfikacji tendencyjności uwagi oraz badań eksplorujących jego skuteczność.

Trening ABMT jest nową metodą leczenia zaburzeń lękowych. Powstał na bazie współczesnych poznawczych teorii lęku i wyników badań eksperymentalnych dotyczących związanej z zagrożeniem tendencyjności uwagi w zaburzeniach lękowych. Metoda ABMT jest oparta na założeniu, że jeśli tendencyjność uwagi utrzymuje lęk – trening, którego celem jest zmiana kierunku uwagi, powinien go zredukować. Służąca do zmiany tendencyjności uwagi modyfikacja zadania „dot-probe” różni się od standardowej jego wersji tym, że sonda ukazuje się częściej w lokalizacji bodźców neutralnych niż w lokalizacji bodźców zagrażających bądź ukazuje się ona wyłącznie w lokalizacji bodźców neutralnych (Bar-Haim, 2010; zob. też: Kłosowska, Blaut, Paulewicz, 2015). Rysunek 10 prezentuje przykład badania, w którym zastosowano ABMT w celu redukcji podatności na stres.

Liczne badania dowiodły, że ABMT jest skuteczny w łagodzeniu zaburzeń lękowych. W badaniu przeprowadzonym przez Mathewsa i MacLeoda (2002) zastosowano zadanie „dot-probe” zmodyfikowane w ten sposób, że podczas treningu (składającego się z 576 prób), sonda – kropka lub dwie kropki pojawiała/pojawiały się albo zawsze w miejscu słowa zagrażającego, albo zawsze w miejscu słowa neutralnego. Okazało się, że po zakończeniu interwencji uczestnicy treningu, którego celem było ukierunkowanie uwagi na zagrożenie (pierwszy typ warunków), wolniej wykrywali bodźce docelowe ukazujące się w lokalizacji neutralnych słów i szybciej wykrywali bodźce docelowe ukazujące się w lokalizacji zagrażających słów niż uczestnicy treningu, którego celem było odwrócenie uwagi od zagrożenia (drugi typ warunków). Okazało się, że zastosowanie ABMT skutkuje znaczną redukcją symptomów lęku, remisją i utrzymywaniem się pozytywnych efektów tej interwen-



Rysunek 10. Schemat pokazujący przykładowy przebieg badania, w którym zastosowano ABMT w celu redukcji podatności na stres.

Źródło: Bar-Haim, 2010, s. 861. Zaadaptowano za zgodą Wydawnictwa John Wiley & Sons, Inc.

cji przez przynajmniej cztery miesiące od momentu jej zakończenia. Schmidt i in. (2009) przeprowadzili badanie, którego celem było sprawdzenie, czy trening uczący odangażowywania uwagi jego uczestników od negatywnych społecznych sygnałów może złagodzić społeczny lęk u pacjentów z diagnozą SAD. Pacjenci zostali losowo przydzieleni do jednej z dwóch grup, a mianowicie do grupy treningowej lub grupy kontrolnej. Trening obejmował osiem sesji podczas czterech tygodni i składał się ze 160 prób (128 prób krytycznych, czyli istotnych dla osiągnięcia celu treningu). Badani z grupy treningowej wykonywali zmodyfikowane zadanie „dot-probe”, które miało na celu ułatwienie uwagowego odangażowania uwagi od twarzy wyrażającej wstręt (sonda w postaci kropki zastępowała twarz neutralną w 80% prezentacji i twarz wyrażającą wstręt w 20% prezentacji), zaś badani z grupy kontrolnej wykonywali inną wersję tego zadania, w ramach której dwa powyższe warunki były zbalansowane (w 50% prezentacji sonda zastępowała twarz neutralną i w 50% prezentacji sonda zastępowała twarz wyrażającą wstręt). Wyniki badania pokazały, że u badanych z grupy treningowej wystąpiła znacząca redukcja lęku (lęku społecznego i lęku-cechy) w porównaniu z grupą kontrolną. Po zakończeniu interwencji u 72% badanych z grupy treningowej stwierdzono ustąpienie objawów SAD, zaś w grupie kontrolnej dotyczyło to jedynie 11% badanych. Po czterech miesiącach od zakończenia treningu u wyleczonych osób z pierwszej grupy nie zaobserwowano nawrotu choroby. Z kolei Amir i in. (2009) przeprowadzili w oparciu o te same założenia trening uwagi, aby zbadać, czy wpłynie on na zredukowanie symptomów społecznego lęku u 44 osób z diagnozą uogólnionej fobii społecznej (*Generalized Social Phobia*, GSP). Trening ten polegał na zastosowaniu zmodyfikowanego zadania „dot-probe”, w którym twarze o zagrażającej lub neutralnej ekspresji zajmowały różne lokalizacje na ekranie komputera. Sonda zawsze zastępowała twarze neutralne, zatem celem treningu było nauczenie badanych odwracania uwagi od bodźców zagrażających. W warunkach kontrolnych sonda ukazywała się z taką samą frekwencją w miejscu zagrażających lub neutralnych twarzy. Gdy porównano reakcje uczestników treningu na bodźce zagrażające i neutralne przed treningiem i po jego ukończeniu, okazało się, że nie tylko spowodował on odangażowanie uwagi badanych od zagrożenia, ale także wpłynął na zredukowanie u nich symptomów lęku. U 50% badanych symptomy te ustąpiły całkowicie, podczas gdy w grupie kontrolnej tylko 14% osób można było uznać za wyleczone. Te rezultaty utrzymywały się, podobnie jak w przypadku badania przeprowadzonego przez Schmidta i in. (2009), przez cztery miesiące od zakończenia leczenia. Wyniki opisywanego badania dowiodły zatem, że komputerowy trening uwagi może być bardzo korzystny w leczeniu społecznej fobii (zob. też: Wells, 1990). Z kolei badanie MacLeoda, Rutherford, Campbell, Ebsworthy’ego i Holker (2002; zob. też: Mathews, MacLeod, 2002; Shafran i in., 2008), w którym zastosowano ekspery-

mentalną manipulację tendencyjnością uwagi w zakresie bodźców emocjonalnych (używając zmodyfikowanego zadania „dot-probe”), wykazało, że tendencyjność ta odgrywa przyczynową rolę w lęku (jego wskaźnikiem była emocjonalna reakcja na stresujące zadanie). Nie wykazano jednak, czy taki trening jest warunkiem koniecznym redukcji symptomów, w tym wypadku nadmiernego stresu. Wyniki opisywanych badań potwierdzają skuteczność ABMT w zmniejszaniu tendencyjności uwagi, charakterystycznej dla zaburzeń lękowych. Należy dodać, że od kilku lat ABMT stosuje się z powodzeniem także w leczeniu depresji (np. Beevers, Clasen, Enock, Schnyer, 2015), uzależnienia od kokainy (Mayer i in., 2016), bezsenności (np. Lancee i in., 2017) i zaburzeń odżywiania (np. Cardi, Esposito i in., 2015).

W porównaniu z tradycyjnymi metodami leczenia zaburzeń psychicznych, ABMT ma wiele zalet. Jego zastosowanie nie wymaga licznych spotkań z terapeutą. W przeciwieństwie do standardowej CBT warunkiem udziału w nim nie jest silna motywacja do leczenia, co może okazać się bardzo korzystne w przypadku dzieci i adolescentów. Metoda ABMT zapewnia pacjentowi komfort i prywatność (Renwick, Campbell, Schmidt, 2013a). Poza tym, wirtualny charakter treningu może umożliwić pomoc tym osobom, które nie mają możliwości uczestnictwa w standardowej CBT i nie są leczone farmakologicznie, a jednocześnie instalacja odpowiedniego programu komputerowego nie stanowi dla nich problemu. Ze względu na niskie koszty oraz łatwość dostarczenia do odbiorcy, program ten może być także zastosowany w przypadku pacjentów po leczeniu, w celu zmniejszenia ryzyka nawrotu oraz zwiększenia szansy utrzymywania się efektów leczenia (Bar-Haim, 2010). Oczywiście ABMT, pomimo wielu niewątpliwych zalet, powinien być, na obecnym etapie naszej dość skromnej wiedzy na temat jego funkcjonowania, stosowany jedynie jako interwencja wspomagająca standardową psychoterapię zaburzeń psychicznych. Jest jednak wysoce prawdopodobne, że połączenie tych dwóch oddziaływań może przynieść bardzo dobre efekty (np. Shechner i in., 2014).

Warto w tym miejscu podkreślić znaczenie treningu tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania. Lee i Shafran (2004) stwierdzają, że badania nad tendencyjnością uwagi, o ile będą w nich zastosowane paradygmaty eksperymentalne, które wskazują na kierunek przyczynowości, mogą doprowadzić do bardzo wartościowych odkryć. Manipulowanie błędami uwagi (na przykład przez zwiększanie/zmniejszanie uwagi selektywnej w kierunku bodźców związanych z ciałem) może dostarczyć informacji o ich wpływie na utrzymywanie się symptomów zaburzeń odżywiania. Jeśli okazałoby się, że tendencyjność uwagi wpływa na utrzymywanie się zaburzeń odżywiania, taka wiedza mogłaby być zastosowana do zaprojektowania nowatorskich klinicznych interwencji (np. mających na celu spowodowanie, aby chorzy mogli patrzeć na swoje odbicie w lustrze inaczej niż przez pryzmat nieakceptowanych

przez nich rejonów ciała). Shafran, Lee, Cooper i in. (2007) stwierdzają, że manipulacje eksperymentalne mogłyby pomóc w dalszym wyjaśnianiu mechanizmów, które przyczyniają się do utrzymywania się psychopatologii zaburzeń odżywiania, a zatem mogłyby przyczynić się do rozwoju bardziej efektywnych, lepiej dostosowanych do pacjentów interwencji w przypadku tych zaburzeń.

Manipulowanie błędami uwagi w przypadku osób z zaburzeniami odżywiania stosuje się coraz częściej w ramach opisanego już wcześniej w niniejszej pracy treningu ABMT. Jak już wspomniano, ABMT to propozycja nowatorskiego, skoncentrowanego na symptomach danego zaburzenia oddziaływania terapeutycznego (Kłosowska i in., 2015), które można stosować również u pacjentów z zaburzeniami odżywiania (Cardi, Esposito i in., 2015; Renwick i in., 2013a; Renwick, Campbell, Schmidt, 2013b). Trening ABMT może zredukować lęk i zachowania związane z zaburzeniami odżywiania poprzez ćwiczenia mające na celu odwracanie uwagi od zagrożenia. Ostatnio podejmowane są próby zastosowania ABMT u pacjentów z zaburzeniami odżywiania z bardzo niską wagą ciała i słabą motywacją i/lub których choroba jest oporna na leczenie. Jako materiał bodźcowy stosuje się w tym wypadku szeroką rangę bodźców zagrażających, między innymi są to bodźce związane z jedzeniem, kształtem i wagą ciała, jednak praca nad mniej specyficznymi lękami może być użytecznym punktem startowym w interwencji. Dla przykładu, Schober i in. (2014) zasugerowali użycie jako bodźców docelowych w interwencjach tego typu słów związanych z lękiem społecznym lub lękiem przed społeczną ekspozycją (zob. też: Renwick i in., 2013a). Słowa związane z perfekcjonizmem i samokrytycyzmem mogą być również umieszczone w puli bodźców, ze względu na wysoką częstość występowania tych rysów osobowości u osób cierpiących na zaburzenia odżywiania (Renwick i in., 2013b).

Według wiedzy autorki przeprowadzono dotychczas 13 badań weryfikujących skuteczność ABMT, mającego na celu zmianę tendencyjności uwagi w zakresie bodźców dotyczących jedzenia i ciała, jednak 11 z nich nie obejmowało grup klinicznych. Cztery badania przeprowadzono na grupach subklinicznych (osoby: z nadwagą, otyłe oraz cierpiące na napady przejadania się), a pozostałe 7 – na grupach osób zdrowych. Wyniki tych badań jednoznacznie wykazały efektywność ABMT, a mianowicie odkryto zwiększoną tendencyjność uwagi w zakresie bodźców związanych z jedzeniem i ciałem po treningu, mającym na celu ukierunkowanie uwagi na nie oraz zmniejszoną tendencyjność uwagi w zakresie tych bodźców po treningu mającym na celu odwrócenie uwagi od nich (Hardman, Rogers, Etchells, Houstoun, Munafò, 2013; Kemps, Tiggemann, Elford, 2015; Kemps, Tiggemann, Hollitt, 2014, badanie 2; Kemps, Tiggemann, Hollitt, 2016; Kemps, Tiggemann, Orr, Gear, 2014, badanie 1). Ponadto wykazano, że trening mający na celu ukierunkowanie uwagi na negatywne bodźce związane z ciałem skutkował większą podatnością badanych

na rozwinięcie niezadowolenia z ciała i ograniczenie przyjmowanego pokarmu, gdy poddani byli oni ekspozycji na ogłoszenia prezentujące szczupłe modelki oraz części ciała kobiecego (takie jak uda, nogi i brzuch) w porównaniu z badanymi poddanymi treningowi, ukierunkowującemu uwagę na pozytywne bodźce związane z ciałem (Smith, Rieger, 2006, 2009). Udowodniono także, iż zmniejszona w wyniku treningu tendencyjność uwagi dla słów związanych z jedzeniem, skutkowałą zmniejszoną konsumpcją pokarmów u osób z napadami objadania się (Boutelle, Kuckertz, Carlson, Amir, 2014; Boutelle, Monreal, Strong, Amir, 2016). Odkryto również, że zwiększona w wyniku treningu tendencyjność uwagi w kierunku zdrowej żywności, skutkowałą zwiększoną jej konsumpcją u zdrowych osób, z kolei zmniejszona w wyniku treningu tendencyjność uwagi w kierunku niezdrowych przekąsek, skutkowałą zmniejszoną ich konsumpcją w tej grupie (Kakoschke, Kemps, Tiggemann, 2014). Ponadto zwiększona w wyniku treningu tendencyjność uwagi w kierunku czekolady, skutkowałą zwiększoną jej konsumpcją u zdrowych osób, z kolei zmniejszona w rezultacie treningu tendencyjność uwagi w kierunku czekolady, skutkowałą zredukowaną jej konsumpcją w tej grupie (Kemps, Tiggemann, Hollitt, 2014, badanie 1 i badanie 2).

Jedynie dwa badania weryfikowały skuteczność ABMT u osób z zaburzeniami odżywiania. Pierwsze badanie zostało przeprowadzone przez Cardi, Esposito i in. (2015). Badacze zastosowali trening nazwany tutaj Modyfikacją Tendencyjności Poznawczej (*Cognitive Bias Modification*, CBM), na który składało się pięć sesji, i stosował on zadanie „dot-probe”, aby trenować u badanych ukierunkowanie uwagi na pozytywne bodźce społeczne (twarze pozytywne z bazy Redbound Faces Database; Langner i in., 2010). Wyniki badania pokazały, że o ile przed treningiem pacjenci przejawiali tendencyjność uwagi w kierunku negatywnych społecznych bodźców (twarzy wyrażających odrzucenie), o tyle po przeprowadzonej interwencji miało u nich miejsce zwiększenie tendencyjności uwagi w kierunku twarzy pozytywnych. Dodatkowo u badanych odkryto obniżone poziomy lęku i podwyższone poziomy samoakceptacji w reakcji na klip mający nasilać tendencję do osądzania siebie. Ograniczeniem eksperymentu był brak grupy kontrolnej. W drugim badaniu Schmitz i Svaldi (2017) poddali dwóm treningom (mającemu na celu wzmocnienie lub osłabienie tendencyjności uwagi w zakresie bodźców związanych z jedzeniem) 22 osoby z zaburzeniem z napadami objadania się. Okazało się, że tendencyjność uwagi została zredukowana w grupie poddanej treningowi unikania bodźców dotyczących jedzenia. Ponadto pod wpływem treningu uległo zmniejszeniu subiektywne pragnienie jedzenia.

Pomimo niewielkiej liczby badań stosujących ABMT u pacjentów z zaburzeniami odżywiania, udowodniona efektywność tego typu interwencji w łagodzeniu problematycznych zachowań w grupach subklinicznych daje podstawy do przypuszczenia, że mogą być one uważane za „szczepionkę” zapobiegającą zaburzeniom od-

żywiania (Renwick i in., 2013a, s. 499; zob. też: Browning, Holmes, Charles, Cowen, Harmer, 2012). Ponadto obiecujące wyniki dwóch opisanych powyżej badań, które udowodniły skuteczność ABMT w ukierunkowaniu uwagi na pozytywne bodźce emocjonalne i w redukcji tendencyjności uwagi w zakresie bodźców związanych z jedzeniem u pacjentów z zaburzeniami odżywiania, pokazują, że warto stosować ten typ interwencji we wspomaganiu ich leczenia.

Należy podkreślić, że trening ABMT powinien być traktowany na obecnym etapie rozwoju wiedzy jedynie jako propozycja interwencji wspierającej standardowe leczenie pacjentów z zaburzeniami odżywiania (*adjunctive treatment*). Łączenie ABMT z innymi, klasycznymi metodami leczenia zaburzeń odżywiania mogłoby owocować bardzo pomyślnymi efektami. Przykładowo, w ramach CBT pacjenci uczeni są odwracania uwagi od zagrażających bodźców. Zatem ten typ terapii opiera się na zdolności jednostki do wykorzystywania strategii polegających na świadomej kontroli uwagi, mających na celu odwrócenie uwagi chorych od myśli związanych z ciałem i jedzeniem, wywołujących u nich lęk (Renwick i in., 2013a, 2013b). Wydaje się więc, że ABMT mógłby być stosowany jako uzupełniająca CBT interwencja przed lub po sesji CBT twarzą-w-twarz. Renwick i in. (2013a, 2013b) podkreślają, że zadaniem przyszłych badań jest ustalenie, czy ten typ interwencji może być stosowany jako odrębna terapia.

Tendencyjność uwagi w zaburzeniach odżywiania.

Przegląd oryginalnych badań tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania stosujących zadanie „dot-probe” wraz z wnioskami. W celu odnalezienia piśmiennictwa z zakresu oryginalnych badań na temat tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania, stosujących zadanie „dot-probe”, autorka przeszukała następujące bazy danych: EBSCOhost, PubMed, ScienceDirect i Google Scholar, używając następujących słów kluczowych oraz ich kombinacji: „dot probe task”, „dot probe paradigm”, „probe detection task”, „eating disorders”, „anorexia nervosa”, „bulimia nervosa”, „binge eating disorder”, „attention bias”, „attentional bias”, „eating”, „body shape”, „weight”, „attention bias”, „attentional bias”, „information processing” (zob. też: Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, PRISMA group, 2009; Moher i in., 2015). Nie zastosowano żadnych limitów czasowych odnośnie zakresu czasowego analizowanego materiału – uwzględniono wszystkie pozycje dostępne do dnia poszukiwania – 27.02.2018 roku. Pierwotnie odnaleziono 32 artykuły (opisujące 39 badań), jednak 17 artykułów (opisujących 22 badania) nie zakwalifikowano do przeglądu, gdyż opisywały badania przeprowadzone na grupach subklinicznych i grupach osób zdrowych (14 tekstów opisujących 19 badań), ponadto trzy teksty (trzy badania) dotyczyły osób z nadwagą i osób otyłych. Zestawiono i przeglądowi poddano 15 artykułów (opisujących 17 badań; zob. też: Starzomska, 2017b).

Zestawienie oryginalnych badań dotyczących tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania, stosujących zadanie „dot-probe”, zawiera tabela 5. Na podstawie zawartych w niej wyników badań można wysunąć następujące wnioski na temat tendencyjności uwagi (mierzonej za pomocą tego paradygmatu) u pacjentów z zaburzeniami odżywiania.

Na początku prezentacji wniosków warto podkreślić, że jedynie siedem artykułów opisywało badania (w liczbie dziewięciu) stosujące bodźce związane z zaburzeniami odżywiania (dotyczące jedzenia, kształtu i wagi ciała), zaś pozostałe osiem artykułów (osiem badań) opisywało eksperymenty stosujące bodźce niezwiązane z zaburzeniami odżywiania. Ponadto zaledwie w trzech badaniach stosowano kilka czasów prezentacji bodźców (Cardi i in., 2013 – 500 ms i 1250 ms; Lee, Shafran, 2008 – 500 ms i 2000 ms; Blechert i in., 2010 – 150 ms i 1100 ms), w pozostałych badaniach czas prezentacji bodźców wynosił 500 ms, poza trzema badaniami, w których czas prezentacji wynosił 1000 ms (Kim, Kim, Cardi i in., 2014; Kim, Kim, Park i in., 2014; Pona i in., 2017).

Na podstawie wyników badań dotyczących tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania, stosujących bodźce związane z jedzeniem, można wysunąć następujące wnioski:

1. W grupach pacjentów z zaburzeniami odżywiania odkryto:

- ukierunkowanie uwagi na negatywne bodźce (obrazy) dotyczące jedzenia i unikanie pozytywnych bodźców dotyczących jedzenia, gdy czas ich prezentacji wynosił 500 ms (Lee, Shafran, 2008; Shafran, Lee, Cooper i in., 2007, badanie 1 i badanie 2; Shafran i in., 2008, badanie 1);
- większą tendencyjność uwagi dla pozytywnych bodźców (obrazów; Shafran, Lee, Cooper i in., 2007, badanie 1 i badanie 2; Shafran i in., 2008, badanie 1) i negatywnych bodźców (obrazów; Shafran, Lee, Cooper i in., 2007, badanie 2; Shafran i in., 2008, badanie 1) dotyczących jedzenia w porównaniu z osobami zdrowymi;
- zmniejszenie się tendencyjności uwagi dla pozytywnych i negatywnych bodźców (obrazów) związanych z jedzeniem po leczeniu (Shafran i in., 2008, badanie 2).

2. W grupie pacjentów z jadłowstrętem psychicznym odkryto zmniejszenie się tendencyjności uwagi skierowanej ku bodźcom (obrazom) związanym z jedzeniem po aplikacji oksytocyny w przeciwieństwie do grupy osób zdrowych, u których nie odnotowano zmian w tym zakresie (Kim, Kim, Cardi i in., 2014).

Na podstawie wyników badań dotyczących tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania, stosujących bodźce związane z kształtem ciała, można wysunąć następujące wnioski:

1. W grupach pacjentów z zaburzeniami odżywiania odkryto:
 - tendencyjność uwagi w kierunku negatywnych i neutralnych bodźców (obrazów) dotyczących kształtu ciała, gdy czas ich prezentacji wynosił 500 ms (Lee, Shafran, 2008; Shafran, Lee, Cooper i in., 2007, badanie 2; Shafran i in., 2008, badanie 1);
 - unikanie obrazów przedstawiających kobiece sylwetki – szczupłe, otyłe i o przeciętnych wymiarach (skrócenie czasu reakcji u badanych podczas powtórnej prezentacji par obrazów można interpretować jako efekt primingu; Pona i in., 2017);
 - większą tendencyjność uwagi dla negatywnych bodźców (obrazów) dotyczących kształtu ciała niż u osób zdrowych (Shafran, Lee, Cooper i in., 2007, badanie 2; Shafran i in., 2008, badanie 1).
2. W grupach pacjentów z jadłowstrętem psychicznym odkryto:
 - tendencyjność uwagi w kierunku fotografii ciała badanych (Blechert i in., 2010);
 - zmniejszenie się tendencyjności uwagi, skierowanej ku negatywnym bodźcom (obrazom) związanym z kształtem ciała po aplikacji oksytocyny w przeciwieństwie do osób zdrowych, u których nie odnotowano zmian w tym zakresie (Kim, Kim, Cardi i in., 2014);
3. Ponadto odkryto ukierunkowanie uwagi na negatywne bodźce (słowa) dotyczące kształtu ciała u osób z jadłowstrętem psychicznym i unikanie pozytywnych bodźców (słów) dotyczących kształtu ciała u osób z żarłocznością psychiczną (Rieger i in., 1998).

Na podstawie wyników badań dotyczących tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania, stosujących bodźce związane z wagą ciała, można wysunąć następujące wnioski:

W grupach pacjentów z zaburzeniami odżywiania odkryto:

- tendencyjność uwagi w kierunku neutralnych bodźców (obrazów) dotyczących wagi (w przypadku prezentacji bodźców związanych z wagą stosowano wyłącznie obrazy neutralne emocjonalnie) zarówno wówczas, gdy czas prezentacji bodźców wynosił 500 ms (Lee, Shafran, 2008; Shafran, Lee, Cooper i in., 2007, badanie 1 i badanie 2; Shafran i in., 2008, badanie 1), jak i wtedy, gdy wynosił on 2000 ms (Lee, Shafran, 2008);
- większą tendencyjność uwagi w kierunku neutralnych bodźców (obrazów) dotyczących wagi niż u osób zdrowych (Shafran, Lee, Cooper i in., 2007, badanie 1 i badanie 2; Shafran i in., 2008, badanie 1);
- zmniejszenie się tendencyjności uwagi dla neutralnych bodźców (obrazów) związanych z wagą po leczeniu (Shafran i in., 2008, badanie 2).

Z kolei na podstawie wyników badań dotyczących tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania, w których wykorzystano bodźce emocjonalne niezwiązane z zaburzeniami odżywiania, można wysunąć następujące wnioski.

1. W grupach pacjentów z zaburzeniami odżywiania odkryto:
 - tendencyjność uwagi w kierunku twarzy wyrażających odrzucenie, trudność w odangażowaniu uwagi od twarzy wyrażających odrzucenie oraz utrzymujące się unikanie twarzy wyrażających akceptację (brak istotnych różnic między grupami pacjentów z jadłowstrętem psychicznym i żarłocznością psychiczną), zaś u osób zdrowych odwrotny wzór wyników, a mianowicie: tendencyjność uwagi w kierunku twarzy wyrażających akceptację, trudność w odangażowaniu uwagi od twarzy wyrażających akceptację oraz utrzymujące się unikanie twarzy wyrażających odrzucenie (Cardi i in., 2013);
 - odangażowywanie uwagi od twarzy szczęśliwych (Cardi, Corfield i in., 2014) silniejsze niż u osób zdrowych (Cardi, Corfield i in., 2015);
 - tendencyjność uwagi w kierunku twarzy wyrażających smutek w przeciwieństwie do osób zdrowych, które odangażowywały uwagę od tych twarzy (Cardi, Corfield i in., 2015).
2. W grupie pacjentów z jadłowstrętem psychicznym odkryto zmianę tendencyjności uwagi dla twarzy wyrażających złość po aplikacji oksytocyny, a mianowicie unikanie twarzy wyrażających złość przed aplikacją oksytocyny i tendencyjność uwagi w kierunku twarzy tego typu po jej aplikacji (Kim, Kim, Park i in., 2014).
3. W grupie nastolatków z zaburzeniami odżywiania, których cechowała silna tendencyjność uwagi w kierunku twarzy wyrażających złość, nieprawidłowa reakcja rodzica na smutek była predyktorem ostrości symptomatologii zaburzenia odżywiania (Hughes-Scalise, Connell, 2014).
4. W grupie pacjentów z zaburzeniami odżywiania i u osób wyleczonych z zaburzeń odżywiania odkryto tendencyjność uwagi w kierunku dominujących i submisywnych twarzy w przeciwieństwie do osób zdrowych, u których występowało odangażowanie uwagi od tego typu twarzy (Cardi, Di Matteo, Gilbert, Treasure, 2014).
5. W grupie pacjentów z jadłowstrętem psychicznym nie odkryto tendencyjności uwagi dla słów zagrażających (Schober i in., 2014).
6. Nie odkryto różnic między pacjentami z jadłowstrętem psychicznym, pacjentami z sezonowym zaburzeniem afektywnym i pacjentami z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi w zakresie tendencyjności uwagi dla twarzy wyrażających złość (Schneier i in., 2016).

Tabela 5
Zestawienie oryginalnych badań tendencji uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania stosujących zadanie „dot-probe”

Autor/auto- rzy badań	Badane grupy*	N	Bodźce	Główne odkrycia
Rieger i in. (1998)	Pacjenci z Z0:			
	-pacjenci z JP	16	Słowa odzwierciedlające	Pacjenci z JP:
	-pacjenci z ŻP	17	szczipłą i otyłą sylwetkę,	- tendencyjność uwagi (trend) w kierunku słów odzwierciedlających otyłą
	Osoby ograniczające ilość spożywanego jedzenia	32	pozytywnie i negatywnie nacechowane słowa emo- cjonalne	Pacjenci z ŻP: - tendencyjność uwagi (trend) skierowana od słów odzwierciedlających szczupłą sylwetkę. Osoby ograniczające ilość spożywanego jedzenia: - brak tendencji uwagi.
Shafraan, Lee, Cooper i in. (2007)	Pacjenci z Z0:			
	-pacjenci z JP	3	Obrazy związane z jedzeniem	Pacjenci z Z0:
	-pacjenci z ŻP	6	i kształtem ciała (pozytywne, neutralne i negatywne),	- tendencyjność uwagi w kierunku negatywnych bodźców dotyczących jedzenia
	-pacjenci z zaburzeniami odżywiania nieokre- ślonymi inaczej	14	obrazy związane z wagą (wszystkie neutralne) oraz	- neutralnych bodźców dotyczących wagi; - unikanie pozytywnych bodźców dotyczących jedzenia; - brak tendencji uwagi dla bodźców dotyczących kształtu ciała i neutral- nych bodźców dotyczących jedzenia;
	Pacjenci z zaburzeniami lękowymi	19	obrazy kontrolne (pozytywne, neutralne i negatywne)	- większa tendencyjność uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących jedzenia
	Osoby z niskim poziomem trosk dotyczących kształtu ciała	31		i neutralnych bodźców dotyczących wagi w porównaniu z pozostałymi grupami; - większa tendencyjność uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących jedzenia
	Osoby z umiarkowanym poziomem trosk dotyczących kształtu ciała	21		w porównaniu z grupami: osób lękowych, osób z umiarkowanym i niskim poziomem trosk dotyczących kształtu ciała.
	Osoby z wysokim poziomem trosk dotyczących kształtu ciała	23		Wszystkie badane grupy: - brak tendencji uwagi dla pozytywnych, negatywnych i neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała.

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Autor/auto- rzy badań	Badane grupy*	N	Bodźce	Główne odkrycia	
				Pacjenci z ZO:	Pacjenci z ZO i osoby zdrowe:
Shafraan, Lee, Cooper i in. (2007) badanie 2	Pacjenci z ZO:		Obrazy związane z jedzeniem i kształtem ciała (pozytywne, neutralne i negatywne),	Pacjenci z ZO:	
	- pacjenci z JP	5		- tendencjiność uwagi w kierunku negatywnych bodźców dotyczących jedzenia, negatywnych i neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała oraz neutralnych bodźców dotyczących wagi;	
	- pacjenci z ŻP	27	obrazy związane z wagą	- tendencjiność uwagi skierowana od pozytywnych bodźców związanych z jedzeniem; większa tendencjiność uwagi dla pozytywnych i negatywnych bodźców dotyczących jedzenia w porównaniu z osobami zdrowymi;	
	- pacjenci z zaburzeniami odżywiania nieokreślonymi inaczej (osoby z zaburzeniem z napadami objadania się)	6	(wszystkie neutralne) oraz obrazy kontrolne (pozytywne, neutralne i negatywne)	- większa tendencjiność uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kształtu ciała w porównaniu z osobami zdrowymi;	
	- osoby z zaburzeniami odżywiania nieokreślonymi inaczej (inne)	44		- większa tendencjiność uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących wagi w porównaniu z osobami zdrowymi.	
	Osoby zdrowe	44		Pacjenci z ZO i osoby zdrowe:	
				- brak różnic pod względem tendencjiności uwagi dla pozytywnych i neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała.	
Lee, Shafraan (2008)	Pacjenci z ZO:		Obrazy związane z jedzeniem i kształtem ciała (pozytywne, neutralne i negatywne),	Pacjenci z ZO:	
	- pacjenci z JP	3		- tendencjiność uwagi w kierunku negatywnych bodźców związanych z jedzeniem, negatywnych i neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała i neutralnych bodźców dotyczących wagi, kiedy czas prezentacji bodźców wynosił 500 ms;	
	- pacjenci z ŻP	6	obrazy związane z wagą	- tendencjiność uwagi skierowana od pozytywnych bodźców dotyczących jedzenia, kiedy czas prezentacji bodźców wynosił 500 ms;	
	- pacjenci z zaburzeniami odżywiania nieokreślonymi inaczej	14	(wszystkie neutralne) oraz obrazy kontrolne (pozytywne, neutralne i negatywne)	- tendencjiność uwagi w kierunku neutralnych bodźców dotyczących wagi, kiedy czas prezentacji bodźców wynosił 2000 ms.	
	Pacjenci z zaburzeniami lekowymi	19			
	Osoby z niskim poziomem trosk dotyczących kształtu ciała	31			
	Osoby z umiarkowanym poziomem trosk dotyczących kształtu ciała	21			
	Osoby z wysokim poziomem trosk dotyczących kształtu ciała	23			

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Autor/auto- rzy badań	Badane grupy*	N	Bodźce	Główne odkrycia
Shafran i in. (2008) badanie 1	Pacjenci z ZO:			Pacjenci z ZO:
	- pacjenci z JP	5	Obrazy związane z jedzeniem i kształtem ciała (pozytywne, neutralne i negatywne),	- tendencyjność uwagi w kierunku negatywnych bodźców dotyczących jedzenia, negatywnych i neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała oraz neutralnych bodźców dotyczących wagi;
	- pacjenci z ŻP	27	obrazy związane z wagą (wszystkie neutralne) oraz	- tendencyjność uwagi skierowana od pozytywnych bodźców związanych z jedzeniem;
	- pacjenci z zaburzeniami odżywiania nieokreślonymi inaczej (osoby z zaburzeniem z napadami objadania się)	6	obrazy kontrolne (pozytywne, neutralne i negatywne)	- większa tendencyjność uwagi dla pozytywnych i negatywnych bodźców dotyczących jedzenia w porównaniu z osobami zdrowymi;
	- pacjenci z zaburzeniami odżywiania nieokreślonymi inaczej (inne)	44		- większa tendencyjność uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kształtu ciała w porównaniu z osobami zdrowymi;
	Osoby zdrowe	44		- większa tendencyjność uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących wagi w porównaniu z osobami zdrowymi.
				Pacjenci z ZO i osoby zdrowe:
				- brak różnic pod względem tendencji uwagi dla pozytywnych i neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała.
Shafran i in. (2008) badanie 2	Pacjenci z ZO (przed i po psychoterapii poznawczo-behawioralnej trwającej 20 tygodni):			Pacjenci z ZO:
	- pacjenci z ŻP	13	Obrazy związane z jedzeniem i kształtem ciała (pozytywne, neutralne i negatywne),	- zmniejszenie się tendencji uwagi dla pozytywnych i negatywnych bodźców związanych z jedzeniem po leczeniu;
	- pacjenci z zaburzeniami odżywiania nieokreślonymi inaczej (osoby z zaburzeniem z napadami objadania się)	6	obrazy związane z wagą (wszystkie neutralne) oraz	- zmniejszenie się tendencji uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących wagi po leczeniu.
	- pacjenci z zaburzeniami odżywiania nieokreślonymi inaczej (inne)	12	obrazy kontrolne (pozytywne, neutralne i negatywne)	
	Pacjenci z ZO – oczekująca grupa kontrolna	24		

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Autor/auto- rzy badań	Badane grupy*	N	Bodźce	Główne odkrycia
Bleehert i in. (2010)	Pacjenci z ZO:		Fotografie badanych i foto- grafie ciała innych osób	Pacjenci z JP:
	- pacjenci z JP	19		- tendencyjność uwagi w kierunku fotografii ciała badanych.
	- pacjenci z ŻP	18		Pacjenci z ŻP:
	Osoby zdrowe	21		- nie osiągnięcia poziomu istotności statystycznej tendencji uwagi w kierunku fotografii ciała innych osób. Osoby zdrowe: - brak tendencji uwagi.
Cardi i in. (2013)	Pacjenci z ZO:		Obrazy twarzy wyrażających odrzućenie i akceptację oraz twarzy neutralnych	Pacjenci z ZO:
	- pacjenci z JP	29		- tendencyjność uwagi w kierunku twarzy wyrażających odrzućenie;
	- pacjenci z ŻP	17		- trudność w odnagazowaniu uwagi od twarzy wyrażających odrzućenie;
	Osoby wyleczone z JP	13		- utrzymujące się unikanie twarzy wyrażających akceptację;
	Osoby wyleczone z ŻP	9		- brak istotnych statystycznie różnic między grupą osób z JP i grupą osób z ŻP.
	Osoby zdrowe	50		Osoby wyleczone z JP i osoby wyleczone z ŻP: - wzór wyników pod względem tendencji uwagi podobny do wyników uzyskanych w grupie osób z ZO; - brak istotnych statystycznie różnic między grupą osób wyleczonych z JP i grupą osób wyleczonych z ŻP. Osoby zdrowe: - tendencyjność uwagi w kierunku twarzy wyrażających akceptację; - trudność w odnagazowaniu uwagi od twarzy wyrażających akceptację; - utrzymujące się unikanie twarzy wyrażających odrzućenie.
				Pacjenci z ZO i osoby zdrowe: - tendencyjność uwagi w kierunku twarzy wyrażających odrzućenie była skorelo- wana z trudnymi doświadczeniami w dzieciństwie.

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Autor/auto- rzy badań	Badane grupy*	N	Bodźce	Główne odkrycia
Cardi, Corfield i in. (2014)	Pacjenci z ZO:		Fotografie twarzy dzieci (smutne, szczęśliwe, neu- tralne)	Pacjenci z ZO: - tendencyjność uwagi (trend) – odnagazowywanie uwagi od twarzy szczęśli- wych.
	- pacjenci z JP	49		Wszyscy badani: - brak istotnych statystycznie różnic międzygrupowych pod względem tenden- cyjności uwagi w reakcji na twarze dzieci.
	Osoby zdrowe	16 73		
Cardi, Di Mateo i in. (2014)	Pacjenci z ZO	46	Obrazy w skali szarości przedstawiające twarze neutralne i twarze dotyczące pozycji społecznej, to jest: dominujące i submisywne twarze różnych ludzi (męż- czyzn i kobiet)	Pacjenci z ZO i osoby wylęczone z ZO: - tendencyjność uwagi (czujność) w kierunku dominujących i submisywnych twarzy.
	Osoby wylęczone z ZO	22		Osoby zdrowe: - odnagazowanie uwagi od dominujących i submisywnych twarzy; - tendencyjność uwagi (czujność) w kierunku neutralnych twarzy.
	Osoby zdrowe	50		
Hughes-Scal- lise, Connell (2014)	Pacjenci z ZO < 18 lat	25	Obrazy twarzy wyrażających: szczęście, smutek i złość	Pacjenci z ZO i ich rodzice: - tendencyjność uwagi w kierunku twarzy wyrażających złość moderowała relację między reakcją rodzica na smutek a nasileniem zaburzenia odżywiania u nastolatka: dla nastolatków z silną tendencyjnością uwagi w kierunku twarzy wyrażających złość, nieprawidłowa reakcja rodzica na smutek była predyktorem ostrości symptomatologii zaburzenia odżywiania.
	Pacjenci z chronicznym bólem < 18 (oraz rodzice nastolatków)	25		
Kim, Kim, Cardi i in. (2014)	Pacjenci z JP (dwa warunki: donosowa aplikacja oksytocyny i placebo)	31	Obrazy dotyczące jedzenia, kształtu ciała i wagi	Pacjent z JP: - zmniejszenie się tendencyjności uwagi (czujności) w kierunku bodźców związanych z jedzeniem i negatywnych bodźców związanych z kształtem ciała po aplikacji oksytocyny.
	Osoby zdrowe (dwa warunki: donosowa aplika- cja oksytocyny i placebo)	33		Osoby zdrowe: - brak zmian.

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Autor/auto- rzy badań	Badane grupy*	N	Bodźce	Główne odkrycia
Kim, Kim, Park i in. (2014)	Pacjenci z JP (dwa warunki: donosowa aplikacja oksytcyny i placebo)	31	Obrazy twarzy wyrażających złość, wstręt i szczęście	Pacjenci z JP: <ul style="list-style-type: none">- unikanie twarzy wyrażających złość w warunkach placebo;- zmiana tendencji uwagi dla twarzy wyrażających złość po aplikacji oksytcyny; unikanie twarzy wyrażających złość przed aplikacją oksytcyny i tendencji uwagi – (czujność) w kierunku twarzy wyrażających złość po aplikacji oksytcyny.
	Osoby zdrowe (dwa warunki: donosowa aplikacja oksytcyny i placebo)	33		Pacjenci z JP i osoby zdrowe: <ul style="list-style-type: none">- tendencji uwagi w kierunku twarzy wyrażających wstręt w warunkach placebo;- zmniejszenie się tendencji uwagi w kierunku twarzy wyrażających wstręt po aplikacji oksytcyny;- brak tendencji uwagi dla twarzy wyrażających szczęście (uśmiechniętych) zarówno w warunkach placebo, jak i po aplikacji oksytcyny. Osoby zdrowe: <ul style="list-style-type: none">- tendencji uwagi (czujność) w kierunku twarzy wyrażających złość w warunkach placebo;- zmniejszona tendencji uwagi (czujność) w kierunku twarzy wyrażających złość po aplikacji oksytcyny.
Schober i in. (2014)	Pacjenci z JP:		Słowa zagrażające (okre- ślające negatywne stany emocjonalne, chorobę fizycz- ną lub śmierć, katastrofę/ traumę/wiktyzację) i słowa kontrolne	Pacjenci z JP: <ul style="list-style-type: none">- brak dowodów na odmienną tendencyjność uwagi dla słów zagrażających w porównaniu z osobami zdrowymi.
	- pacjenci z JP (postać ograniczająca)	20		
	- pacjenci z JP (postać z napadami objadania się/ przeżyszczeniem)	17		
	- pacjenci z zaburzeniami odżywiania nieokre- ślonymi inaczej (typ anorektyczny)	12		
	Osoby zdrowe	44		

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Autor/auto- rzy badań	Badane grupy*	N	Bodźce	Główne odkrycia
Cardi, Corfield i in. (2015)	Pacjenci z JP	49	Fotografie twarzy osób doro- słych wyrażających szczęście, smutek oraz o neutralnym prototypowym wyrazie	Pacjenci z JP i pacjenci z ŻP: - tendencja do silniejszego odnagazowywania uwagi od twarzy wyrażających szczęście w porównaniu z osobami zdrowymi; - tendencyjność uwagi w kierunku twarzy wyrażających smutek, podczas gdy osoby zdrowe odnagazowywały uwagę od tych bodźców.
	Pacjenci z ŻP	16		
	Osoby zdrowe	73		
Schneier i in. (2016)	Pacjenci z sezonowym zaburzeniem afektywnym	43 (K: 23, M: 20)	Obrazy twarzy wyrażających złość i twarzy neutralnych	Wszyscy badani: - brak różnic pod względem tendencyjności uwagi. Pacjenci z sezonowym zaburzeniem afektywnym: - tendencyjność uwagi była skorelowana z nasileniem unikania kontaktów społecznych. Pacjenci z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi: - słabsza zmienność tendencyjności uwagi (fluktuacja uwagi między czujnością i unikaniem) w porównaniu z osobami zdrowymi; - tendencyjność uwagi była dodatnio skorelowana z ostrością symptomów zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.
	Pacjenci z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi	50 (K: 25, M: 25)		
	Pacjenci z JP	30 (K: 29, M: 1)		
	Osoby zdrowe	74 (K: 38, M: 36)		
Pona i in. (2017)	Pacjenci z ŻO	65	Obrazy przedstawiające kobiecte sylwetki: szczupłe, o przeciętnych wymiarach i otyłe	Pacjenci z ŻO: - reakcje wolniejsze niż w grupie osób zdrowych; - podczas powtórnej prezentacji par obrazów – większe skrócenie czasu reakcji niż w grupie kontrolnej, tylko w warunkach prezentacji ekstremalnych sylwetek (szczupłych i otyłych). Pacjenci z ŻO i osoby zdrowe: - tendencyjność uwagi w kierunku większych sylwetek.
	Osoby zdrowe	65		

Adnotacja: * gdy był badani mężczyźni, zaznaczano to odpowiednio (K – kobiety, M – mężczyźni); ŻP – zaburzenia odżywiania się, JP – jadalność psychiczną, ŻO – zaburzenia odżywiania się, JP – jadalność psychiczną, < 18 – wiek poniżej 18. roku życia.

Zestawienie przeglądów i metaanaliz dotyczących tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania wraz z wnioskami. W celu odnalezienia piśmiennictwa z zakresu przeglądów (w tym przeglądów tradycyjnych, selektywnych i systematycznych) i metaanaliz dotyczących tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania, autorka przeszukała następujące bazy danych: EBSCOhost, PubMed, ScienceDirect i Google Scholar, używając następujących słów kluczowych oraz ich kombinacji: „eating disorders”, „anorexia nervosa”, „bulimia nervosa”, „binge eating disorder”, „attention bias”, „attentional bias”, „eating”, „body shape”, „weight”, „attention bias”, „attentional bias”, „information processing”, „review”, „metaanalysis”, „systematic review” (zob. też: Moher i in., 2015; Moher i in., 2009). Nie zastosowano żadnych limitów czasowych wyszukiwania tekstów – uwzględniono wszystkie pozycje dostępne do dnia poszukiwania – 28.01.2018 roku. Pierwotnie odnaleziono 28 tekstów, jednak 12 tekstów nie ujęto w zestawieniu z tego powodu, że nie obejmowały one osób z zaburzeniami odżywiania (10 tekstów) oraz ze względu na to, że zakres przeglądu wykraczał poza tematykę tendencyjności uwagi (dwa teksty: pierwszy – poświęcony związanej z jedzeniem impulsywności u osób z zaburzeniem z napadami objadania się oraz drugi – poświęcony szeroko pojętemu poznawczemu i emocjonalnemu funkcjonowaniu tych chorych). Warto dodać, że zestawienie przeglądów i metaanaliz dotyczących tendencyjności uwagi w zakresie bodźców związanych z psychopatologią zaburzeń odżywiania z uwzględnieniem grup subklinicznych, a także w przypadku jednego badania – wyłącznie osób zdrowych, zostało zamieszczone w innym tekście (Starzomska, 2017b).

Zestawienie przeglądów i metaanaliz dotyczących tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania zawiera tabela 6. Na jej podstawie można wysunąć następujące wnioski w zakresie tendencyjności uwagi w grupach pacjentów z zaburzeniami odżywiania.

Na początku należy podkreślić, że niestety w wielu badaniach dotyczących tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania rozpatrywano jedynie błędy uwagi w zakresie określonych bodźców, nie rozróżniając ukierunkowania uwagi na nie, ich unikania i trudności w odangażowywaniu od nich uwagi, co znacząco wpłynęło na wnioski z nich wyciągnięte.

Uzyskano następujące wyniki przeglądów i metaanaliz dotyczące grup pacjentów z zaburzeniami odżywiania w zakresie bodźców związanych z tymi zaburzeniami (czyli dotyczących jedzenia, kształtu i wagi ciała):

- odkryto tendencyjność uwagi dla bodźców dotyczących choroby w grupach pacjentów z żarłocznością psychiczną (Dobson, Dozois, 2004; Johansson, Ghaderi, Andersson, 2005) i w grupach pacjentów z jadłowstrętem psychicznym

nym i żarłocznością psychiczną (Duchesne i in., 2004; Lee, Shafran, 2004; Lydecker, 2013);

- odkryto, że tendencyjność uwagi dla słów związanych z jedzeniem i kształtem ciała u osób z jadłowstrętem psychicznym i żarłocznością psychiczną jest większa od tendencyjności uwagi dla tych bodźców u osób zdrowych (Lee, Shafran, 2004);
- Renwick i in. (2013b) odkryli w grupach pacjentów z zaburzeniami odżywiania tendencyjność uwagi w kierunku bodźców związanych z chorobą (negatywnych bodźców związanych z jedzeniem, negatywnych i neutralnych bodźców związanych z kształtem ciała oraz neutralnych bodźców związanych z wagą);
- niektórzy badacze zwracają uwagę na rozbieżności między wynikami poszczególnych badań dotyczących tendencyjności uwagi dla bodźców związanych z chorobą u osób z zaburzeniami odżywiania (Duchesne i in., 2004; Lee, Shafran, 2004);
- tendencyjność uwagi dla bodźców dotyczących choroby u osób z jadłowstrętem psychicznym została potwierdzona przez odkrycie, że u pacjentów z tym rozpoznaniem związane z emocjami sieci neuronalne są zaangażowane w przetwarzanie bodźców związanych z chorobą, przy czym negatywne pobudzenie emocjonalne jest związane z tendencyjnością uwagi dla bodźców związanych z jedzeniem i ciałem (Zhu i in., 2012);
- Wu, Hartmann, Skunde, Herzog i Friederich (2013) odkryli, że w grupach pacjentów z żarłocznością psychiczną słabo nasilone zaburzenia kontroli hamowania reakcji na bodźce neutralne zwiększyły się, gdy zastosowano bodźce związane z chorobą;
- Duchesne i in. (2004) odkryli, że w grupach pacjentów z żarłocznością psychiczną tendencyjność uwagi dla słów związanych z chorobą zmniejszyła się po leczeniu.

Uzyskano następujące wyniki przeglądów i metaanaliz dotyczące grup pacjentów z zaburzeniami odżywiania w zakresie bodźców związanych z jedzeniem:

- odkryto tendencyjność uwagi dla bodźców związanych z jedzeniem u osób z żarłocznością psychiczną (ukierunkowanie uwagi ku nim, które u osób zdrowych dotyczyło jedynie bodźców związanych ze smacznym jedzeniem; Stojek i in., 2018), z zaburzeniem z napadami objadania się (Voon, 2015) i z zaburzeniami odżywiania (Giel i in., 2011). Z kolei Wolz, Fagundo, Treasure i Fernández-Aranda (2015) nie wykazali różnic między grupami osób z zaburzeniami odżywiania i grupami osób zdrowych pod względem tendencyjności uwagi dla bodźców (obrazów) związanych z jedzeniem;

- wykazano, że tendencyjność uwagi dla bodźców związanych z jedzeniem jest większa w grupach pacjentów z jadłowstrętem psychicznym niż w grupach pacjentów z żarłocznością psychiczną (Brooks, Prince, Stahl, Campbell, Treasure, 2011);
- odkryto, że pacjentów z jadłowstrętem psychicznym cechuje większa tendencyjność uwagi dla słów związanych z jedzeniem niż dla słów związanych z ciałem (Johansson i in., 2005);
- odkryto tendencyjność uwagi w kierunku bodźców (obrazów) dotyczących potraw wysokokalorycznych, trudność w odangażowywaniu uwagi od bodźców (słów) dotyczących potraw wysokokalorycznych oraz unikanie bodźców (obrazów) dotyczących potraw niskokalorycznych u osób z jadłowstrętem psychicznym i żarłocznością psychiczną (Brooks i in., 2011). Te wyniki potwierdzają również badania wykorzystujące funkcjonalny rezonans magnetyczny (sensoryczne odangażowanie i emocjonalne zaangażowanie) oraz samoopis i elektromiografię (doświadczanie jedzenia jako mniej przyjemnego; Giel i in., 2011);
- wykazano, że pacjentów z zaburzeniami odżywiania cechuje tendencyjność uwagi w kierunku bodźców negatywnych (odkryto większą tendencyjność uwagi dla negatywnych bodźców związanych z jedzeniem niż dla negatywnych bodźców związanych z kształtem ciała) i tendencyjność uwagi skierowana od bodźców pozytywnych (odkryto większą tendencyjność uwagi dla pozytywnych bodźców związanych z jedzeniem niż dla pozytywnych bodźców związanych z kształtem ciała; Aspen i in., 2013);
- u osób z zaburzeniami odżywiania odkryto większą tendencyjność uwagi skierowaną od pozytywnych bodźców związanych z jedzeniem w porównaniu z tym typem tendencyjności uwagi dla tych bodźców u osób zdrowych (Renwick i in., 2013b).

Uzyskano następujące wyniki przeglądów i metaanaliz dotyczące grup pacjentów z zaburzeniami odżywiania w zakresie bodźców związanych z kształtem i wagą ciała:

- odkryto tendencyjność uwagi dla słów związanych z kształtem i wagą ciała w grupach pacjentów z jadłowstrętem psychicznym (Dobson, Dozois, 2004) i z zaburzeniami odżywiania nieokreślonymi inaczej (Duchesne i in., 2004);
- odkryto tendencyjność uwagi w kierunku szczupłego ciała innych osób u pacjentów z żarłocznością psychiczną (Stojek i in., 2018);
- odkryto większą tendencyjność uwagi w kierunku negatywnych bodźców dotyczących kształtu i wagi ciała u osób z żarłocznością psychiczną w porównaniu z osobami z grup kontrolnych (Stojek i in., 2018).

Uzyskano następujące wyniki przeglądów i metaanaliz dotyczące pacjentów z zaburzeniami odżywiania w zakresie bodźców emocjonalnych niezwiązanych z tymi zaburzeniami:

- odkryto, że w grupach pacjentów z zaburzeniami odżywiania tendencyjność uwagi w kierunku bodźców związanych z jedzeniem, kształtem i wagą ciała rozszerza się na bodźce emocjonalne (Oldershaw i in., 2011);
- odkryto, że tendencyjność uwagi w kierunku zagrożenia cechuje w największym stopniu pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, z kolei unikanie zagrożenia cechuje w większym stopniu pacjentów z żarłocznością psychiczną niż pacjentów z jadłowstrętem psychicznym (Oldershaw i in., 2011). W zakresie pozytywnie nacechowanych słów emocjonalnych zaobserwowano podobny wzór wyników, a mianowicie wykazano, że pacjentów z jadłowstrętem psychicznym cechuje czujność na bodźce pozytywne, a osoby z żarłocznością psychiczną – unikanie ich (Lee, Shafran, 2004; Renwick i in., 2013b);
- odkryto, że osoby z zaburzeniami odżywiania cechuje tendencyjność uwagi w kierunku twarzy odrzucających i odangażowywanie uwagi od twarzy akceptujących;
- odkryto, że tendencyjność uwagi w kierunku słów związanych ze społecznym zagrożeniem jest większa w grupach pacjentów z zaburzeniami odżywiania niż u osób zdrowych (Oldershaw i in., 2011), jednak Renwick i in. (2013b) nie zaobserwowali różnic między pacjentami z zaburzeniami odżywiania a osobami zdrowymi pod względem tendencyjności uwagi w kierunku negatywnie nacechowanych słów emocjonalnych.

Na podstawie wyników przeglądów i metaanaliz dotyczących grup subklinicznych (osób z problemami z jedzeniem) w zakresie bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania (czyli dotyczących jedzenia, kształtu i wagi ciała), można wysunąć następujące wnioski:

- należy wspomnieć o sprzecznych odkryciach dotyczących tendencyjności uwagi u osób ograniczających ilość spożywanego jedzenia. Z jednej strony badania ujawniły brak tendencyjności uwagi dla bodźców związanych z jedzeniem i ciałem u osób przebywających na diecie i u osób ograniczających ilość spożywanego jedzenia (Brooks i in., 2011; Dobson, Dozois, 2004), z drugiej zaś strony, w świetle innych badań – osoby z tej drugiej grupy nie różnią się pod względem tendencyjności uwagi dla bodźców związanych z jedzeniem od osób, które nie ograniczają ilości przyjmowanego jedzenia (Werthmann, Jansen, Roefs, 2015). Ponadto inne badania pokazały, że osoby ograniczające ilość spożywanego jedzenia (w tym także osoby otyłe w warunkach ogra-

niczania przyjmowanego pokarmu) nie różnią się od osób z zaburzeniami odżywiania pod względem tendencyjności uwagi dla bodźców związanych z jedzeniem i ciałem (Duchesne i in., 2004);

- także w przypadku osób z nadwagą/otyłością można mówić o sprzecznych odkryciach pod względem tendencyjności uwagi dla bodźców związanych z wysokokalorycznymi pokarmami (Werthmann i in., 2015), chociaż jeden z przeglądów systematycznych wskazuje na tendencyjność uwagi dla bodźców związanych z jedzeniem u osób otyłych (Wolz i in., 2015). Z kolei u osób zdrowych, które cechuje utrata kontroli nad jedzeniem, jak i jedzenie w reakcji na bodźce zewnętrzne oraz emocjonalny styl jedzenia, stwierdzono zaangażowanie uwagi w przetwarzanie bodźców związanych z pokarmami wysokokalorycznymi (Wolz i in., 2015);
- u osób z subkliniczną żarłocznością psychiczną i u osób wyleczonych z tej choroby nie stwierdzono tendencyjności uwagi w kierunku bodźców dotyczących jedzenia (Stojek i in., 2018);
- u osób z napadami objadania się stwierdzono tendencyjność uwagi w kierunku bodźców związanych z jedzeniem zarówno w fazie automatycznego zaangażowania uwagi, jak i w fazie strategicznego jej odangażowania, co różni te osoby od badanych z grup kontrolnych, jednak dowody na tendencyjność uwagi w kierunku bodźców związanych z wagą/kształtem ciała u tych badanych są niewystarczające i niejednoznaczne (Stojek i in., 2018);
- u osób zdrowych z wysokim poziomem głodu odkryto tendencyjność uwagi w kierunku bodźców związanych z pokarmami wysokokalorycznymi, zaś u badanych z niskim poziomem głodu – tendencyjność uwagi w kierunku bodźców związanych z potrawami niskokalorycznymi (Renwick i in., 2013b);
- odkryto większą tendencyjność uwagi w kierunku słów związanych z pokarmami niskokalorycznymi u zdrowych osób uzyskujących wysokie wyniki w teście EDI-2 (Garner, 1991) w porównaniu ze zdrowymi osobami uzyskującymi niskie wyniki w teście EDI-2 (Renwick i in., 2013b);
- można mówić o niejednoznacznych wynikach dotyczących różnic w zakresie tendencyjności uwagi między osobami z nieprawidłowymi zachowaniami dotyczącymi jedzenia i osobami nieprzejawiającymi takich zachowań (Wolz i in., 2015);
- warto dodać, że Lydecker (2013) pisze o związku między tendencyjnością uwagi a osiowymi objawami zaburzeń odżywiania.

Tabela 6

Zestawienie przeglądów i metaanaliz dotyczących tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania

Analiza	Liczba badań poddanych analizie	Badane grupy*	N	Metoda/metody pomiaru tendencyjności uwagi	Bodźce	Główne odkrycia	
Dobson, Dozois (2004) – metaanaliza i przegląd systematyczny	26	Pacjenci z JP	211	Zadanie Stroopa	Słowa związane	Pacjenci z ŻP: - tendencyjność uwagi dla słów związanych z ciałem/wagą i jedzeniem, słowa kontrolne	
		Pacjenci z ŻP	509	(n = 26)			
		Osoby wyleczone z JP	23				Pacjenci z JP: - tendencyjność uwagi dla słów związanych z ciałem/wagą.
		Osoby wyleczone z ŻP	11				
		Osoby uzyskujące niskie wyniki w podskali Dążenie do szczupłości testu EDI	37				
		Osoby uzyskujące wysokie wyniki w podskali Dążenie do szczupłości testu EDI	29			Osoby przebywające na diecie i osoby ograniczające ilość spożywanego jedzenia: brak tendencyjności uwagi.	
		Osoby przebywające na diecie	100				
		Osoby ograniczające ilość spożywanego jedzenia	64				
		Osoby nieograniczające ilości spożywanego jedzenia	61				
		Pacjenci z dysfunkcją stawów skroniowo-żuchwowych	45				
	Osoby zdrowe	461					
	Osoby zdrowe < 18	120					

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Analiza	Liczba badań poddanych analizie	Badane grupy*	N	Metoda/metody pomiaru tendencji-ności uwagi	Bodźce	Główne odkrycia
Duchesne i in. (2004) – przegląd systematyczny	19	Pacjenci z JP Pacjenci z ŻP Pacjenci z zaburzeniami odżywiania nieokreślonymi inaczej Osoby otyłe Osoby zdrowe	210 399 10 51 622	Test kodowania (n = 1), test swobodnego przypominania (n = 1), zadanie „dot-probe” (n = 1), zadanie Stroopa (n = 16), test przypominania z podpowiedzią (n = 1), skala werbalna testu WAIS-R (n = 1), Test uzupełniania słów (n = 1)	Słowa związane z jedzeniem, kształtem, wagą i wymiarami ciała, słowa kontrolne	<p>Pacjenci z JP i ŻP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tendencyjność uwagi dla słów związanych z chorobą**, jednak wyniki różnych badań są niejednoznaczne. <p>Pacjenci z ŻP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zmniejszenie się tendencji uwagi dla słów związanych z chorobą po leczeniu. <p>Pacjenci z JP i ŻP oraz osoby zdrowe w wysokim stopniu ograniczające ilość przyjmowanego jedzenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tendencyjność uwagi dla słów związanych z jedzeniem, kształtem ciała i wagą. <p>Osoby otyłe (w warunkach ograniczania przyjmowanego pokarmu):</p> <ul style="list-style-type: none"> - tendencyjność uwagi dla słów związanych z jedzeniem i wymiarami ciała. <p>Pacjenci z zaburzeniami odżywiania nieokreślonymi inaczej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tendencyjność uwagi dla słów związanych z kształtem i wagą ciała.

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Analiza	Liczba badań poddanych analizie	Badane grupy*	N	Metoda/metody pomiaru tendencyj- ności uwagi	Bodźce	Główne odkrycia
Lee, Shafran (2004) – meta- analiza i przegląd systematyczny	31	Pacjenci z ZO	20	Zadanie Stroopa (n = 27), zadanie „dot- -probe” (n = 4)	Słowa związane z jedzeniem, kształtem i wagą ciała, słowa nacechowane emocjonalnie (pozytywnie i negatywnie), słowa związane ze społecznym zagrożeniem, słowa kontrolne, obrazy związane z kształtem ciała	Pacjenci z ZO: - większa interferencja Stroopa dla słów związanych z jedzeniem i kształtem ciała niż u osób zdrowych; - unikanie słów pozytywnie nacechowanych emocjonalnie; - rozbieżności między wynikami poszczególnych badań; - odkrycia dla JP są bardziej jednoznaczne niż dla ŻP. Pacjenci z JP: - interferencja Stroopa dla słów związanych z jedze- niem, kształtem i wagą ciała oraz czujność na słowa pozytywnie nacechowane emocjonalnie. Pacjenci z ŻP: - Interferencja Stroopa dla słów związanych z jedzeniem, kształtem i wagą ciała oraz dla słów zagrożających ciało i „ja”, ponadto unikanie słów nacechowanych pozytywnie.
		Pacjenci z JP	306			
		Pacjenci z ŻP	525			
		Osoby wyleczone z JP	23			
		Osoby wyleczone z ŻP	11			
		Osoby uzyskujące niskie wyniki w pod- skali Dążenie do szczupłości testu EDI	37			
		Osoby uzyskujące wysokie wyniki w podskali Dążenie do szczupłości				
		Osoby przebywające na diecie	29			
		Osoby ograniczające ilość przyjmowa- nego jedzenia	24			
		Osoby nieograniczające ilości przyjmo- wanego jedzenia	65			
		Osoby otyłe ograniczające jedzenie	76			
		Osoby zdrowe	45			
		Osoby bez ZO nadmiernie zatroskane o jedzenie i wagę ciała	873			
			19			

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Analiza	Liczba badań poddanych analizie	Badane grupy*	N	Metoda/metody pomiaru tendencji- ności uwagi	Bodźce	Główne odkrycia
Johansson i in. (2005; zob. też: Johansson (2006) – metaanaliza i przegląd syste- matyczny	27	Pacjenci z ZO (podzielone na JP i ŻP) Osoby zdrowe Osoby bez ZO nadmiernie zatroskane o jedzenie i wagę ciała	759 589 244	Zadanie Stroopa (n = 27)	Słowa związane z ciałem, jedze- niem i słowa kontrolne	Pacjenci z JP: - większa interferencja Stroopa dla słów związanych z jedzeniem niż dla słów związanych z ciałem. Pacjenci z ŻP: - umiarkowana interferencja Stroopa dla słów związanych z ciałem i jedzeniem. Pacjenci z ZO, osoby zdrowe i osoby bez ZO nad- miernie zatroskane o jedzenie i wagę ciała: - istotne statystycznie różnice między ZO a dwiema pozostałymi grupami pod względem latencji i odpo- wiedzi (były one dłuższe u pacjentów z ZO). Osoby zdrowe i osoby bez ZO nadmiernie zatroskane o jedzenie i wagę ciała: - brak różnic międzygrupowych pod względem latencji odpowiedzi.
Brooks i in. (2011) – metaanaliza i przegląd syste- matyczny	43	Pacjenci z ZO Pacjenci z JP Pacjenci z ŻP Osoby wyleczone z JP Osoby wyleczone z ŻP Osoby ograniczające ilość spożywa- nego jedzenia Osoby nieograniczające ilości spożywa- nego jedzenia Osoby zdrowe	262 355 253 23 11 437 607 1076	Zadanie Stroopa (n = 27), zadanie „dot-probe” (n = 3), zadanie dystrykcyjne (n = 2), test pamięci (n = 5), test werbalizacji (n = 2), reaktywność na wska- zówki (n = 3), ocena percepcji (n = 1)	Bodźce związane z jedzeniem i bodźce kontrolne – obrazy i słowa	Pacjenci z ZO: - nadmierna czujność na obrazy przedstawiające wysokokaloryczne pokarmy; - unikanie obrazów przedstawiających niskokalorycz- ne pokarmy; - słowa związane z pokarmami wysokokalorycznymi odwracają uwagę badanych od głównego zadania (w zadaniu dystrykcyjnym). Pacjenci z JP: - większa interferencja Stroopa niż u osób z ŻP. Osoby ograniczające ilość spożywanego jedzenia: - brak tendencji ilości uwagi dla bodźców związa- nych z jedzeniem.

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Analiza	Liczba badań poddanych analizie	Badane grupy*	N	Metoda/metody pomiaru tendencyjności uwagi	Bodźce	Główne odkrycia
Giel i in. (2011) – przegląd systematyczny	15	Pacjenci z ZO	272	Funkcjonalny rezonans magnetyczny (n = 3), miary psychofizjologiczne (np. elektroencefalografia (n = 4), metody behawioralne (np. zadanie „dot-probe”; n = 8)	Obrazy związane z jedzeniem, kształtem ciała, obrazy emocjonalne i neutralne, twarze	Pacjenci ZO: - sensoryczne odnagazowanie i emocjonalne zaangażowanie podczas prezentacji bodźców związanych z jedzeniem (funkcjonalny rezonans magnetyczny); - doświadczanie jedzenia jako mniej przyjemnego (dane pochodzące z samoopisu i wyniki elektromiografii twarzy); - tendencyjność uwagi dla obrazów związanych z jedzeniem (zadanie „dot-probe”).
		Pacjenci z JP	127			
		Pacjenci z ZP	99			
		Pacjenci z zaburzeniami odżywiania nieokreślonymi inaczej	7			
		Osoby wyleczone z JP	9			
		Osoby ograniczające ilość spożywanego jedzenia	11			
		Pacjenci z zaburzeniami lekowymi	38			
		Osoby zdrowe	480			
Oldershaw i in. (2011) – konstrukcyjno-afektywne wartości i reakcje – przegląd systematyczny	13	Pacjenci z ZO	83	Zadanie „dot-probe” (n = 1), zadanie Stroopa (n = 2), zadanie warunkowo-skojarzeniowe (n = 2), test przypominania (n = 3), test reakcji startowej (n = 1), zadanie wizualnego przeszukiwania (n = 2), rozwiązywanie anagramów (n = 1), test szybkiego reagowania poprzez podejmowanie decyzji (n = 1)	Słowa związane z jedzeniem, kształtem i wagą ciała, słowa emocjonalnie nacechowane, słowa związane ze społecznym zagrożeniem, z zachowaniami apetytywnymi, słowa kontrolne, emocjonalne bodźce słuchowe specyficzne dla JP i neutralne bodźce słuchowe, obrazy związane z jedzeniem, twarze, obrazy emocjonalne	Pacjenci ZO: - tendencyjność uwagi w kierunku bodźców związanych z jedzeniem, kształtem i wagą ciała rozszerza się na bodźce emocjonalne; - tendencyjność uwagi w kierunku zagrożenia cechuje w największym stopniu pacjentów z JP; - unikanie zagrożenia jest silniej związane z ZP niż z JP; - silniejsza tendencyjność uwagi w kierunku słów związanych ze społecznym zagrożeniem u pacjentów z ZO niż u osób zdrowych.
		Pacjenci z JP	339			
		Pacjenci z ZP	132			
		Osoby wyleczone z JP	35			
		Pacjenci z depresją i/lub zaburzeniami lekowymi	21			
		Pacjenci z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym	16			
		Osoby zdrowe	464			

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Analiza	Liczba badań poddanych analizie	Badane grupy*	N	Metoda/metody pomiaru tendencji-ności uwagi	Bodźce	Główne odkrycia
Zhu i in. (2012) – metaanaliza i przegląd systematyczny	17	Pacjenci z JP Osoby zdrowe	248 241	Funkcjonalny rezonans magnetyczny (n = 17)	Bodźce związane z jedzeniem, ciałem, bodźce nacechowane emocjonalnie i bodźce neutralne (wypowiadane ustnie i wizualne)	Pacjenci z JP: Chociaż nie odkryto silnej aktywacji mózgu w reakcji na bodźce emocjonalne związane z emocjami sieci neuronalne są zaangażowane w przetwarzanie bodźców związanych z jedzeniem i ciałem. Negatywne pobudzenie emocjonalne jest związane z tendencyjnością poznawczego przetwarzania bodźców związanych z jedzeniem i ciałem.
Aspen i in. (2013) – przegląd	4	Pacjenci z ZO Osoby zdrowe	117 226	Zadanie „dot-probe” (n = 4)	Słowa związane ze szczupłą i otyłą sylwetką, słowa nacechowane emocjonalnie (pozytywnie i negatywnie), obrazy związane z jedzeniem, kształtem i wagą ciała	Pacjenci z ZO: - tendencyjność uwagi w kierunku bodźców negatywnych (większa tendencyjność uwagi dla negatywnych bodźców związanych z jedzeniem niż dla negatywnych bodźców związanych z kształtem ciała) i tendencyjność uwagi skierowana od pozytywnych bodźców (większa tendencyjność uwagi dla pozytywnych bodźców związanych z jedzeniem niż dla pozytywnych bodźców związanych z kształtem ciała).

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Analiza	Liczba badań poddanych analizie	Badane grupy*	N	Metoda/metody pomiaru tendencyjności uwagi	Bodźce	Główne odkrycia
Lydecker (2013) – przegląd	66	Pacjenci z ZO Pacjenci z JP Pacjenci z ŻP Pacjenci z zaburzeniami odżywiania nieokreślonymi inaczej Osoby otyłe Osoby wyleczone z JP Osoby wyleczone z ŻP Osoby z subklinicznymi formami zaburzeń odżywiania będące na diecie Osoby zdrowe będące na diecie Osoby ograniczające ilość spożywanego jedzenia Osoby otyłe ograniczające ilość spożywanego jedzenia Osoby odmawiające sobie jedzenia Osoby nie odmawiające sobie jedzenia Osoby niezadowolone z wagi Osoby zadowolone z wagi Osoby uzyskujące niskie wyniki w podskali Dążenie do szczupłości testu EDI Osoby uzyskujące wysokie wyniki w podskali Dążenie do szczupłości testu EDI Pacjenci psychiatryczni Osoby z depresją Osoby z zaburzeniami lękowymi Osoby z dysfunkcją stawów skroniowo-żuchwowych Osoby zdrowe	236 482 844 30 72 58 11 12 83 104 45 58 59 20 20 37 29 19 12 19 45 1630 120	Zadanie Stroopa ($n = 49$), zadanie „dot-probe” ($n = 9$), eye-tracking ($n = 8$)	Słowa związane z jedzeniem, kształtem i wagą ciała, słowa związane z zakazanymi i dozwolonymi pokarmami, słowa związane z zagrożeniem dla Ja, słowa zagrażające (dotyczące obszarów: socjotropii, autonomii, lęku przed dyskomfortem, relacji Ja-inni, Ja), słowa nacechowane emocjonalnie, obrazy związane z kształtem ciała (sylwetki) i obrazy kontrolne, obrazy przedstawiające sylwetki o różnych wielkościach (od szczupłej do otyłej), obrazy przedstawiające sylwetki: endomorficzną, ektomorficzną i mezomorficzną, obrazy przedstawiające osoby z wyższych i niższych wskaźników BMI, obrazy przedstawiające atrakcyjne kobiety i atrakcyjnych mężczyzn	Pacjenci z ZO: - podatność na efekt interferencji w zakresie słów związanych z chorobą; - początkowa, automatyczna tendencyjność uwagi dla bodźców związanych z chorobą; - związek między tendencyjnością uwagi a oświowymi objawami ZO.

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Analiza	Liczba badań poddanych analizie	Badane grupy*	N	Metoda/metody pomiaru tendencji-ności uwagi	Bodźce	Główne odkrycia
Renwick i in. (2013b) – przegląd	12	Pacjenci z JP Pacjenci z ŻP Pacjenci z zaburzeniami odżywiania nieokreślonymi inaczej Osoby wyleczone z JP Osoby wyleczone z ŻP Osoby uzyskujące wysokie wyniki w teście EDI-2 Osoby uzyskujące niskie wyniki w teście EDI-2 Osoby ograniczające ilość przyjmowanego jedzenia Osoby nieograniczające ilości spożywanego jedzenia Osoby z zaburzeniami lękowymi Osoby z niskim poziomem trosk dotyczących kształtu ciała Osoby z umiarkowanym poziomem trosk dotyczących kształtu ciała Osoby z wysokim poziomem trosk dotyczących kształtu ciała Osoby zdrowe	129 131 146 13 9 19 19 29 30 38 31 21 23 267	Zadanie „dot-probe” (n = 12)	Negatywne i pozytywne słowa związane z kształtem i wagą ciała, pozytywne, negatywne i neutralne obrazy związane z jedzeniem, kształtem i wagą ciała, słowa związane z pokarmami wysoko- i niskokalorycznymi, obrazy przedstawiające ciało badanych oraz innych osób, twarze wyrażające odrzucenie, akceptację i twarze neutralne, słowa negatywnie nacechowane emocjonalnie (związane ze spożecznym zagrożeniem, chorobą fizyczną, śmiercią i katastrofą/traumą/wiktylizacją), obrazy kontrolne (słowa związane ze zwierzętami, z transportem, domem i biurem)	Pacjenci z ŻO: <ul style="list-style-type: none"> - tendencyjność uwagi w kierunku negatywnych bodźców związanych z jedzeniem, negatywnych i neutralnych bodźców związanych z kształtem ciała oraz neutralnych bodźców związanych z wagą; - tendencyjność uwagi skierowana od pozytywnych bodźców związanych z jedzeniem; większa niż u osób zdrowych. - tendencyjność uwagi w kierunku twarzy odrzucających i odangażowanie od twarzy akceptujących. Pacjenci z JP i osoby zdrowe: <ul style="list-style-type: none"> - Brak różnic pod względem tendencyjności uwagi dla słów emocjonalnych o negatywnej walencji. Pacjenci z JP: <ul style="list-style-type: none"> - tendencyjność uwagi (trend) skierowana do pozytywnie nacechowanych słów emocjonalnych. Pacjenci z ŻP: <ul style="list-style-type: none"> - tendencyjność uwagi (trend) skierowana od pozytywnie nacechowanych słów emocjonalnych. Osoby zdrowe: <ul style="list-style-type: none"> - tendencyjność uwagi w kierunku słów związanych z pokarmami wysokokalorycznymi u osób zdrowych z wysokim poziomem głodu i tendencyjność uwagi w kierunku słów związanych z pokarmami niskokalorycznymi u osób zdrowych z niskim poziomem głodu; - większy błąd uwagi w kierunku słów związanych z pokarmami niskokalorycznymi u osób uzyskujących wysokie wyniki w teście EDI-2 w porównaniu z osobami uzyskującymi niskie wyniki w teście EDI-2.

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Analiza	Liczba badań poddanych analizie	Badane grupy*	N	Metoda/metody pomiaru tendencyjności uwagi	Bodźce	Główne odkrycia
Werthmann i in. (2015) – przegląd selektywny	30	Pacjenci z JP	71	Zadanie „dot-probe” (n = 16), zadanie Stroopa (n = 4), <i>Test swobodnego patrzenia</i> (n = 4), zadanie wizualnego przeszukiwania (n = 4), <i>Test klaryfikacji</i> (n = 1), <i>Test uwagi przestrzennej</i> Posnera (n = 3), eye-tracking (n = 1), potencjały wywołane z flankerami (n = 1), zadanie z flankerami (n = 2), paradygmat szybkiej, sekwencyjnej prezentacji wzrokowej (n = 1), test antysakad (n = 1)	Bodźce związane z wysokokalorycznymi pokarmami (słowa i obrazy), słowa i obrazy związane ze zdrową i niezdrową żywnością, obrazy przedstawiające wysokokaloryczne i niskokaloryczne smaczne wyso-	Osoby z nadwagą/otyłością: - sprzeczne odkrycia pod względem tendencji uwagi dla bodźców związanych z wysokokalorycznymi pokarmami (w porównaniu z osobami o wadze w normie); - tendencyjność uwagi skierowana od pozytywnych bodźców związanych z jedzeniem, większa w porównaniu z tym typem tendencyjności uwagi dla tych bodźców u osób zdrowych; - tendencyjność uwagi w kierunku twarzy wyrażających odrzucenie oraz odagazowanie uwagi od twarzy wyrażających akceptację.
		Pacjenci z ZP	55			Pacjenci z Z0 i osoby zdrowe: - brak różnic pod względem tendencyjności uwagi w kierunku negatywnych słów emocjonalnych.
		Pacjenci z zaburzeniami odżywiania nieokreślonymi inaczej	64			Pacjenci z JP: - tendencyjność uwagi (trend) w kierunku pozytywnych bodźców emocjonalnych.
		Osoby otyłe	18			Pacjenci z Z0: - niejednoznaczne wyniki dotyczące tendencji uwagi (w porównaniu z grupami nieklinicznymi).
		Osoby z nadwagą/otyłością	242			Osoby ograniczające ilość przyjmowanego jedzenia i osoby nieograniczające ilość przyjmowanego jedzenia: - brak różnic w zakresie tendencyjności uwagi dla bodźców związanych z jedzeniem.
		Pacjenci z zaburzeniem z napadami objadania się z nadwagą/otyłością	27			Osoby ograniczające ilość przyjmowanego jedzenia i osoby o wadze w normie: - tendencyjność uwagi dla bodźców związanych z je-
		Osoby z nadwagą/otyłością < 18	29			dzeniem.
		Osoby ograniczające ilość przyjmowanego jedzenia	263			
		Osoby nieograniczające ilości przyjmowanego jedzenia	288			
		Osoby ograniczające ilość przyjmowanego jedzenia przypominające pod względem objawów pacjentów z JP	88			
		Pacjenci z zaburzeniami lękowymi	19			
		Osoby z niskim poziomem trosk dotyczących kształtu ciała	31			
		Osoby z umiarkowanym poziomem trosk dotyczących kształtu ciała	21			
		Osoby z wysokim poziomem trosk dotyczących kształtu ciała	23			
		Osoby zdrowe	217			
		Osoby o wadze w normie	403			
		Osoby zdrowe (studenci)	460			

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Analiza	Liczba badań poddanych analizie	Badane grupy*	N	Metoda/metody pomiaru tendencji-ności uwagi	Bodźce	Główne odkrycia
Woliz i in. (2015) – przegląd systematyczny	21	Pacjenci z JP Pacjenci z ŻP Pacjenci z zaburzeniem z napadami objadania się Osoby otyłe Osoby z nadwagą/otyłością Osoby z pragnieniem konsumpcji czekolady Osoby bez pragnienia konsumpcji czekolady Osoby przebywające na diecie, która przynosi pozytywne skutki Osoby nie przebywające na diecie Osoby rzadko jedzące w reakcji na bodźce zewnętrzne Osoby często jedzące w reakcji na bodźce zewnętrzne Osoby o niskim poziomie emocjonalnego stylu jedzenia Osoby o wysokim poziomie emocjonalnego stylu jedzenia Osoby ograniczające ilość przyjmowanego jedzenia Osoby nieograniczające ilości przyjmowanego jedzenia Osoby z niedowagą Osoby zdrowe Osoby zdrowe < 18 Osoby o wadze w normie	48 22 22 102 26 14 12 18 24 24 25 20 25 39 41 16 170 64 177	Potencjały wywołane (n = 21), zadanie Stro- opa (n = 2), zadanie „dot-probe” (n = 1), eye-tracking (n = 1), zadanie „idź/nie idź” (n = 1), zadanie „oddball” (n = 4)	Obrazy przedstawiające wysokie- i nisko-kaloryczne pokarmy, obrazy przedstawiające pokarmy mało wyraziste w smaku i niegotowane, obrazy naturalne przedstawiające krzesła, krajo- brazy i obrazy przedstawiające twarze, obrazy i słowa związane i niezwiązane z jedzeniem (neutralne)	– konsekwentnie odkrywana tendencyjność uwagi w kierunku obrazów związanych z jedzeniem w przeciwieństwie do obrazów neutralnych w gru- pach osób chorych i osób zdrowych; – niejednoznaczne wyniki dotyczące porównań między osobami z nieprawidłowymi zachowaniami dotyczącymi jedzenia i osobami nieprzejawiającymi takich zachowań. Osoby otyłe: – wczesne zaangażowanie uwagi dla bodźców związanych z jedzeniem, po którym następuje odangażowanie uwagi; – zarówno utrata kontroli nad jedzeniem, jak i jedzenie w reakcji na bodźce zewnętrzne oraz emocjonalny styl jedzenia są związane z utrzymują- cym się zaangażowaniem uwagi w zakresie bodźców związanych z pokarmami wysokokalorycznymi.

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Analiza	Liczba badań poddanych analizie	Badane grupy*	N	Metoda/metody pomiaru tendencyjności uwagi	Bodźce	Główne odkrycia
Wu i in. (2013) – metaanaliza i przegląd systematyczny	36	Pacjenci z ZO o typie bulimicznym: - pacjenci z ŻP - pacjenci z JP (postać z napadami objadania się/przeczyszczaniem) - pacjenci z zaburzeniem z napadami objadania się Osoby zdrowe	678 42 82 1233	Zadanie Stroopa ($n = 23$), zadanie „idź/nie idź” ($n = 6$), zadanie „stopu” ($n = 6$), test porównywania znanych kształtów ($n = 2$), test uzupełniania ostatnich wyrazu zdania ($n = 1$), zadanie dotyczące konfliktu przestrzennego ($n = 1$), test fluencji werbalnej (wersja – wykluczona litera; $n = 1$)	Bodźce związane z pokarmem/jedzeniem, kształtem/wagą ciała (słowa), tzw. ogólne (czyli kontrolne) bodźce (słowa i obrazy)	Pacjenci z ZO o typie bulimicznym: - zaburzenia kontroli hamowania reakcji na bodźce ogólne (słaby efekt). Pacjenci z ŻP: - słabo nasilone zaburzenia kontroli hamowania reakcji na bodźce neutralne zwiększyły się, gdy zastosowano bodźce związane z chorobą.
Voon (2015) (przegląd)	2	Pacjenci z zaburzeniem z napadami objadania się Pacjenci z zaburzeniem z napadami objadania się z nadwagą/otyłością Osoby z nadwagą/otyłością bez objawów zaburzenia z napadami objadania się Osoby zdrowe z nadwagą Osoby zdrowe o wadze w normie	22 50 52 22 50	Potencjały wywołane ($n = 1$), test swobodnej eksploracji ($n = 1$), test antysakad ($n = 1$)	Obrazy przedstawiające niskokaloryczne i wysokokaloryczne pokarmy oraz obrazy nie przedstawiające jedzenia, a przedmioty codziennego użytku	Pacjentów z zaburzeniem z napadami objadania się cechuje tendencyjność uwagi dla bodźców związanych z jedzeniem

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Analiza	Liczba badań poddanych analizie	Badane grupy*	N	Metoda/metody pomiaru tendencji-ności uwagi	Bodźce	Główne odkrycia
Stojek i in. (2018) – przegląd systematyczny	50	Pacjenci z JP (postać z napadami objadania się/przechyżczaniem)	25	Zadanie Stroopa (n = 28), zadanie „dot-probe” (n = 3), test uwagi przestrzennej Posnera (n = 3), zadanie wizualnego przeszukiwania (n = 3), „eye-tracking” (n = 8), elektroencefalografia (n = 6)	Słowa i obrazy dotyczące: jedzenia (np. wysoko- i niskokalorycznych, smacznych i mniej smacznych potraw), kształtu ciała, wagi, zagrożenia oraz słowa i obrazy kontrolne (np. sprzęty gospodarstwa domowego)	Pacjenci z JP: - zwiększona tendencyjność uwagi (zaangażowanie) w kierunku bodźców związanych z jedzeniem w przeciwieństwie do zwiększonej tendencyjności uwagi wyłącznie w kierunku bodźców dotyczących smacznego jedzenia w grupach kontrolnych; - tendencyjność uwagi w kierunku negatywnych bodźców dotyczących kształtu i wagi ciała (większa niż u osób zdrowych) oraz w kierunku szczupłego ciała innych osób. Osoby z subkliniczną postacią JP i osoby wyleczone z JP: - brak tendencyjności uwagi w kierunku bodźców dotyczących jedzenia. Pacjenci z napadami objadania się: - tendencyjność uwagi w kierunku bodźców związanych z jedzeniem; zarówno w fazie automatycznego zaangażowania uwagi, jak i w fazie strategicznego jej odangażowania; - bodźce związane z jedzeniem angażują uwagowych osób szybciej niż to jest w przypadku osób z grup kontrolnych; - osoby tęspędzają więcej czasu przetwarzając bodźce związane z jedzeniem niż bodźce niezwiązane z jedzeniem, co wskazuje na trudności z odangażowaniem uwagi od nich; - dowody na tendencyjność uwagi w kierunku bodźców związanych z wagą/kształtem ciała u tych badanych są niewystarczające i niejednoznaczne; - istnieje jedynie ograniczone wsparcie dla hipotezy o tendencyjności uwagi w kierunku niesatysfakcjonujących własnych części ciała u tych osób.
		Pacjenci z JP (postać z napadami objadania się/przechyżczaniem)	717			
		Pacjenci z JP	57			
		Osoby z subkliniczną postacią JP	35			
		Pacjenci z zaburzeniem z napadami objadania się	50			
		Pacjenci z zaburzeniem z napadami objadania się < 18	27			
		Pacjenci z zaburzeniem z napadami objadania się z nadwagą	24			
		Pacjenci z zaburzeniem z napadami objadania się z nadwagą/otyłością	33			
		Osoby z subkliniczną postacią zaburzenia z napadami objadania się o nadwadze w normie	11			
		Osoby wyleczone z JP	15			
		Osoby po długim okresie, jaki upłynął od ich wyleczenia z JP	15			
		Osoby po krótkim okresie, jaki upłynął od ich wyleczenia z JP	1211			
		Osoby zdrowe	79			
		Osoby zdrowe < 18	37			
		Osoby uzyskujące niskie wyniki w podskali Dążenie do szczupłości testu EDI	29			
		Osoby uzyskujące wysokie wyniki w podskali Dążenie do szczupłości testu EDI	16			
		Osoby zdrowe ograniczające ilość przyjmowanego jedzenia	6			
		Zdrowe rodzeństwo pacjentów z JP (w parze bliźniąt)				

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Analiza	Liczba badań poddanych analizie	Badane grupy*	N	Metoda/metody pomiaru tendencji- ności uwagi	Bodźce	Główne odkrycia
		Zdrowe pary bliźniąt	42			Osoby z subkliniczną postacią ŻP: - silniejsze poznanawe unikanie bodźców zagrażających w porównaniu z grupami kontrolnymi. Pacjenci z ŻP i osoby z subkliniczną postacią ŻP: - szybsze skierowanie uwagi na negatywne bodźce związane z wagą/kształtem ciała (np. sylwetki osób otyłych) w porównaniu z osobami z grup kontrolnych.
		Osoby bez ŻP i bez depresji	25			
		Pacjenci bez ŻP z depresją	11			
		Osoby z silnymi postawami bulimicznymi	90			
		Osoby ze słabo nasilonymi postawami bulimicznymi	232			
		Osoby zdrowe przebywające na diecie	12			
		Osoby zdrowe przebywające na diecie	12			
		Osoby uzyskujące wysokie wyniki w kwestionariuszu <i>Binge Eating Scale</i>	19			
		Osoby uzyskujące niskie wyniki w kwestionariuszu <i>Binge Eating Scale</i>	23			
		Osoby z utratą kontroli < 18	47			
		Osoby zdrowe z nadwagą	51			
		Osoby zdrowe z nadwagą/otyłością	24			
		Osoby z napadami objadania się (bez diagnozy zaburzenia z napadami objadania się)	95			

Adnotacja. *ze względu na przejrzystość danych zawartych w tabeli nie zamieszczono informacji o płci, tak jak uczynił to m.in. Renwick i in. (2013b). Warto jednak dodać, że większość badanych była płci żeńskiej.

**badacze mają tu na myśli bodźce związane z jedzeniem i ciałem (jego kształtem i wagą)

JP – jadłowstręt psychiczny; ŻP – żartoczność psychiczna; ZO – zaburzenia odżywiania; EDI *Eating Disorder Inventory*; < 18 – wiek poniżej 18. roku życia.

CZĘŚĆ EMPIRYCZNA

PROBLEM I METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Problem i cel podjętych badań

Aktualny stan badań na temat zaburzeń odżywiania można określić jako bardzo bogaty. Badacze zaproponowali wiele różnych podejść do tych zaburzeń. Wszystkie je łączy to, że próbują one dotrzeć do ich istoty, a przede wszystkim uwarunkowań oraz przyczyn ich utrzymywania się. Każde z tych podejść kładzie nacisk na odmienne aspekty tych chorób. Przykładowo przedstawiciele podejścia biologicznego poszukują ich przyczyn w zaburzonym systemie serotonergicznym, genetyce, nieprawidłowej gospodarce hormonalnej czy w czynnikach dietetycznych. Zwolennicy podejścia systemowego analizują szerokie spektrum cech rodzin z dzieckiem cierpiącym na zaburzenia odżywiania, zaś badacze o orientacji psychodynamicznej rozumieją te zaburzenia jako przejaw braku akceptacji dorosłego ciała i poszukiwania autonomii w kontekście trudnej relacji osoby chorej z matką. Z kolei przedstawiciele podejścia socjokulturowego poddają krytyce destrukcyjny wpływ popularnych mediów na obraz ciała młodej kobiety, zaś psychologowie egzystencjalni, koncentrując się przede wszystkim na jądłowstręcie psychicznym, podkreślają ogromne znaczenie tej choroby dla poczucia tożsamości osoby na nią cierpiącej. Wreszcie o ile podejście ewolucjonistyczne, traktując szczupłość jako synonim młodości, rozpatruje dążenie do tej pierwszej jako metodę rywalizacji kobiet o mężczyzn, o tyle ujęcie feministyczne skupia się na destrukcyjnym w skutkach uprzedmiotowieniu ciała kobiety we współczesnej kulturze. Większość z wyżej wymienionych ujęć zaburzeń odżywiania znalazło odzwierciedlenie w propozycjach ich leczenia, począwszy

od metod *stricte* biologicznych (np. rehabilitacji żywieniowej), poprzez klasyczne już metody oddziaływań psychologicznych, takie jak: terapia psychodynamiczna, terapia poznawczo-behawioralna czy terapia rodzinna, a na nowoczesnych typach takich oddziaływań, jak na przykład terapia usprawniania poznawczego czy terapia dialektyczno-behawioralna, skończywszy. Wiele z tych podejść, poza ujęciami biologicznymi, próbuje zrozumieć, co przeżywają osoby z zaburzeniami odżywiania, a zwłaszcza – co jest przyczyną często u nich występujących: braku akceptacji dla własnego ciała i skrajnego lęku przed jedzeniem i przytyciem, oraz jakie są następstwa takich odczuć i postaw. Wśród tych ujęć szczególne miejsce zajmuje podejście poznawcze, które, tak jak podejście egzystencjalne, szczególnie dużo miejsca poświęca temu „o czym i jak myśli” osoba z zaburzeniem odżywiania. O ile jednak przedstawiciele ujęcia egzystencjalnego analizują myśli chorych pod względem jakościowym (odczuwanie ciała, poczucie tożsamości oraz sensu życia i choroby), o tyle badacze poznawczy rozpatrują je procesualnie, eksplorując przetwarzanie przez nich informacji.

Według poznawczych i poznawczo-behawioralnych teorii zaburzeń odżywiania, wśród których najbardziej wpływowa okazała się koncepcja Fairburna (1981), osoby z zaburzeniami odżywiania oceniają siebie w terminach jedzenia, kształtu i wagi ciała oraz umiejętności ich kontrolowania, co wpływa na pojawienie się i utrzymywanie się objawów tych zaburzeń (np. Fairburn i in., 2003). Kluczowe dla tych teorii jest założenie, że przekonania i oczekiwania dotyczące jedzenia i rozmiaru ciała są zniekształcone na korzyść selektywnego przetwarzania informacji związanych z otyłością/szczupłością, dietą i kontrolą przyjmowania pokarmu i/lub wagi ciała. W tym nurcie badań nad zaburzeniami odżywiania można umieścić teorię Vitousek i Hollona (1990), według której przetwarzanie informacji przez osoby z tymi zaburzeniami jest oparte na schematach Ja związanych z wagą (schematy te zakładają, że szczupłość jest warunkiem bycia wartościowym człowiekiem i wszelkich osiągnięć), a badacze ci wręcz uważają, że schematy te stanowią „poznawczą »istotę« tych zaburzeń” (Vitousek, Hollon, 1990, s. 191) i że to one odpowiadają za cechującą je psychopatologię. Schematy te mogą mieć decydujący wpływ na przetwarzanie informacji u chorych, w tym m.in. na szybkość i łatwość przetwarzania danych zgodnych z tymi schematami i opór wobec danych niezgodnych z nimi. Inne teorie poznawcze kontynuowały to ujęcie, akcentując specyfikę przetwarzania informacji u osób z zaburzeniami odżywiania, między innymi Luck i in. (2005) analizowali tzw. procesy schematyczne u tych osób, jednakże to Williamson i in. (2004) w swojej integrującej poznawcze i behawioralne teorie zaburzeń odżywiania koncepcji, akcentując rolę cielesnego schematu Ja, wyszczególnili konkretne błędy w przetwarzaniu informacji u tych chorych, takie jak: błąd uwagi (tendencyjność

uwagi), błąd selektywnej pamięci, błąd selektywnej interpretacji, przecenianie rozmiaru ciała oraz skrajne dążenie do szczupłości.

Należy podkreślić, że wspomniane powyżej teorie zaburzeń odżywiania, mieszczące się w nurcie poznawczym badań nad tymi zaburzeniami, powstały na podstawie obserwacji przebiegu i wyników terapii behawioralno-poznawczej w tej grupie klinicznej, a wysoką skuteczność tej terapii traktowano jako dowód na adekwatność i rzetelność tych teorii. Mogg i in. (2001) podkreślają jednak, że istnieje dysproporcja między doniesieniami o skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń psychicznych a niekompletnymi i niedoskonałymi ich modelami poznawczymi, a przecież założenia leżące u podłoża takich terapii powinny spełniać normy naukowej rzetelności, co niewątpliwie jeszcze bardziej zwiększyłoby efektywność psychoterapii.

Intensywny wzrost naszej wiedzy w zakresie poznawczych aspektów zaburzeń odżywiania umożliwiły eksperymenty eksplorujące różne, wymienione przez Williamsona i in. (2004), błędy w przetwarzaniu informacji przez osoby z tymi zaburzeniami. Autorka niniejszej postanowiła skoncentrować się na jednym z tych błędów, a mianowicie na tendencyjności uwagi. Obecnie możemy odnotować ogromny postęp w tym obszarze, który można zauważyć, śledząc dużą liczbę i ciekawe, odkrywcze wyniki przeprowadzanych przeglądów i metaanaliz, zaprezentowanych w tabeli 6 w niniejszej pracy. Do niedawna w eksperymentach mających badać tendencyjność uwagi stosowano przeważnie zadanie Stroopa uważane za niemiarodajną metodę badania tego aspektu uwagi (np. Lee, Shafran, 2004), jednak w ostatnich latach pojawiło się coraz więcej nowoczesnych, mocniejszych metodologicznie w porównaniu z zadaniem Stroopa testów mierzących błędy uwagi. Chociaż najczęściej wymienia się wśród nich takie testy, jak: paradygmat uwagi przestrzennej Posnera, zadanie „dot-probe”, zadanie wizualnego przeszukiwania i eye-tracking, to jednak z roku na rok powstaje coraz więcej nowych, ciekawych testów tego typu. Pomimo tego, że niektórzy badacze zauważają, że poza eye-trackingiem, wszystkie wyżej wymienione testy pozwalają zbadać jedynie „migawkę” dystrybucji uwagi badanych w momencie udzielania przez nich odpowiedzi (Cooper, Langton, 2006), wnikliwe, rzetelne zaprojektowanie innych testów może sprawić, że badania przeprowadzone z ich wykorzystaniem będą owocować bardzo wartościowymi pod względem poznawczym wynikami. Autorka niniejszej pracy zdecydowała się zastosować w badaniach tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania specjalnie skonstruowaną dla potrzeb tych badań modyfikację testu „dot-probe”, który, po zadaniu Stroopa, jest jednym z najczęściej stosowanych testów mierzących ten aspekt uwagi. Wydaje się, że test ten jest jednym z tych paradygmatów, które stwarzają największą możliwość eksploracji tendencyjności uwagi. Po odpowiednim jego zaadaptowaniu do badań

osób z zaburzeniami odżywiania można w rezultacie jego zastosowania w tej grupie klinicznej uzyskać wiele bardzo ciekawych informacji, między innymi dotyczących funkcjonowania trzech aspektów tendencyjności uwagi (czujności, trudności z odangażowaniem uwagi, unikania uwagowego) oraz zmian kierunku uwagi w czasie (przez manipulację czasem prezentacji bodźców), nie wspominając już o możliwości obserwowania reakcji badanych na szeroką rangę rozmaitych (w tym związanych z zaburzeniami odżywiania) bodźców. Wyniki badań z wykorzystaniem tego testu, które zostały dotychczas przeprowadzone, są, jak na to wskazuje tabela 5 zaprezentowana w niniejszej pracy, bardzo interesujące, jednak swoistym ich deficytem jest brak rozróżnienia między wyżej wymienionymi trzema komponentami tendencyjności uwagi i uwzględnianie co najwyżej dwóch czasów prezentacji bodźców. Badania opisywane w niniejszej pracy stanowią według wiedzy jej autorki pierwszą do tej pory próbę pokonania tych dwóch wyżej wymienionych ograniczeń poprzednich badań przy uwzględnieniu szerokiej (a nawet dużo szerszej niż w poprzednich badaniach) rangi bodźców znaczących dla osób cierpiących na zaburzenia odżywiania.

Reasumując, kluczowym celem badań omawianych w niniejszej pracy było zbadanie „jak myślą” osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania, czyli jak funkcjonuje uwaga tych osób przynajmniej w zakresie pewnych obszarów (jedzenia, ciała, kompetencji).

Celem merytorycznym badań była temporalna charakterystyka tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania. Zamierzeniem autorki było zbadanie tendencyjności uwagi (jej trzech komponentów: czujności – ukierunkowania uwagi na bodźce, unikania bodźców oraz trudności w odangażowaniu uwagi od bodźców) dla bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania (fotografii dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała oraz kompetencji/samooceny/osiągnięć¹⁰) o różnej walencji w warunkach różnych czasów prezentacji tych bodźców (*Stimulus Onset Asynchrony*, SOA; 17 ms, 150 ms, 750 ms, 1250 ms) w dwóch grupach klinicznych, a mianowicie w grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i w grupie pacjentek z żarłocznością psychiczną. Celem praktycznym badań było sformułowanie propozycji komputerowego treningu poznawczego przeznaczonego dla osób z zaburzeniami odżywiania, mającego na celu zmniejszenie tendencyjności uwagi dla bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania.

¹⁰ Należy podkreślić, że bodźce dotyczące kompetencji/samooceny/osiągnięć postanowiono zaliczyć do grupy bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania ze względu na liczne doniesienia naukowe (np. Fairburn i in., 2003), według których niska samoocena leży u podłoża tych zaburzeń i podtrzymuje je.

Opis zastosowanego w badaniach zadania „dot-probe”

Kluczowe w opisywanych w niniejszej pracy badaniach było zastosowanie zmodyfikowanej wersji zadania „dot-probe”. Z tego względu zostanie ono w tym miejscu szczegółowo scharakteryzowane.

Konstrukcja autorskiej modyfikacji zadania „dot-probe”. Autorka przed przystąpieniem do konstrukcji modyfikacji zadania „dot-probe”, uzyskała pisemną zgodę Colina MacLeoda, jednego z trzech twórców testu (MacLeod i in., 1986), na modyfikację jego pierwotnej wersji. Przygotowując materiał bodźcowy postanowiła wzorować się na sposobie doboru bodźców opisanym przez Shafran, Lee, Cooper i in. (2007), zwłaszcza z tego względu, że był on przez tych badaczy wykonany bardzo rzetelnie, a mianowicie:

- stosowano jako materiał bodźcowy obrazy, nie słowa;
- zastosowano bodźce związane z trzema obszarami dotyczącymi zaburzeń odżywiania – z jedzeniem, kształtem ciała i wagą ciała;
- bodźce te różniły się pod względem walencji – były to bodźce nacechowane pozytywnie, negatywnie i bodźce emocjonalnie neutralne (nie dotyczyło to bodźców z wagą ciała, w tym przypadku zastosowano wyłącznie neutralne obrazy);
- zastosowano losową prezentację bodźców.

Tworząc modyfikację zadania „dot-probe”, autorka opisywanych w niniejszej pracy badań wprowadziła jednak pewne dodatkowe korekty w stosunku do wersji zadania „dot-probe” stosowanej przez Shafran, Lee, Cooper i in. (2007). Było to wynikiem sygnalizowanych ograniczeń metodologicznych badań tendencyjności uwagi (zob. tabela 4), które nie zostały pokonane przez tych badaczy (na niektóre z nich Shafran, Lee, Cooper i in. [2007] oraz Shafran i in. [2008] zwracali uwagę, interpretując uzyskane wyniki):

- poza neutralnymi fotografiami dotyczącymi wagi ciała, autorka dodała także bodźce pozytywne (np. fotografię pokazującą wagę łazienkową z piórkiem i wskazywaną wagą 0 kg) i negatywne (np. fotografię smutnej, otyłej dziewczyny stojącej na wadze łazienkowej);
- poza bodźcami eksperymentalnymi dotyczącymi jedzenia, kształtu i wagi ciała, autorka zastosowała bodźce dotyczące kompetencji/samooceny/osiągnięć (pozytywne, np. fotografię uśmiechniętej dziewczyny z medalem w ręce; negatywne, np. fotografię indeksu ze niskimi ocenami; oraz neutralne, np. puste podium olimpijskie);

- fotografie były oceniane pod względem tematyki i walencji emocjonalnej przez 15 osób z zaburzeniami odżywiania i 15 osób zdrowych psychicznie (poniżej omówiono te badania).

Fotografie, które po odpowiedniej selekcji miały tworzyć materiał bodźcowy, wykonywał specjalnie na użytek badania zawodowy fotograf. Pobierano je również z baz fotografii niestrzeżonych prawem autorskim (głównie dreamstime z sekcji free photos – <http://pl.dreamstime.com/free-photos>) lub kupowano w komercyjnych bazach fotografii (dreamstime – www.dreamstime.com, istockphoto – <http://www.istockphoto.com/>, 123RF – www.123rf.com).

Pierwotnie autorka zgromadziła 321 kolorowych fotografii (po 45 fotografii dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała, kompetencji/samooceny/osiągnięć oraz 141 fotografii kontrolnych¹¹). Na 45 fotografii dotyczących jedzenia składało się: 15 fotografii nacechowanych pozytywnie (np. sałatka z pomidorów), 15 fotografii nacechowanych negatywnie (np. frytki) oraz 15 fotografii neutralnych (np. sztucce). Na 45 fotografii dotyczących kształtu ciała składało się: 15 fotografii nacechowanych pozytywnie (np. sylwetka szczupłej kobiety), 15 fotografii nacechowanych negatywnie (np. sylwetka otyłej kobiety) oraz 15 fotografii neutralnych (np. brwi). Na 45 fotografii dotyczących wagi ciała składało się: 15 fotografii nacechowanych pozytywnie (np. piórko na wadze), 15 fotografii nacechowanych negatywnie (np. otyła osoba na wadze) oraz 15 fotografii neutralnych (np. wyłączona waga elektroniczna). Na 45 fotografii dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć składało się: 15 fotografii nacechowanych pozytywnie (np. absolwentka studiów w todze z dyplomem), 15 fotografii nacechowanych negatywnie (np. szef udzielający pracownikowi nagany) oraz 15 fotografii neutralnych (np. pusta bieżnia lekkoatletyczna). Na 141 fotografii kontrolnych składało się: 47 fotografii nacechowanych pozytywnie (np. słońiatko z matką), 47 fotografii nacechowanych negatywnie (np. pająk) oraz 47 fotografii neutralnych (np. odkurzaczy)¹².

¹¹ Chociaż zazwyczaj dla bodźców tworzących z bodźcami znaczącymi pary w zadaniu „dot-probe” używa się określenia „neutralne”, autorka postanowiła zastosować określenie „kontrolne” dla odróżnienia bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania, które miały walencję pozytywną, negatywną lub były emocjonalnie neutralne od bodźców niezwiązanych z zaburzeniami odżywiania (również pozytywnych, negatywnych i neutralnych).

¹² Autorka dobierała bodźce kontrolne z dbałością, aby uniknąć ewentualnych artefaktów, dlatego nie obejmowały one fotografii, które mogły kojarzyć się badanym z jedzeniem (np. kawiarnia); ciałem (np. prysznic), przemijaniem, mającym wpływ na wygląd (np. zegar); kompetencjami/samooceną/osiągnięciami (np. budynek szkoły); leczeniem szpitalnym (np. karetka pogotowia) oraz fotografii ukazujących matki/matkę z dziećmi (relacja z matką osób z zaburzeniami odżywiania jest zazwyczaj bardzo trudna, a sam temat macierzyństwa wywołuje u osób z tymi zaburzeniami silne emocje). Ze względu na to, że za pomocą konstruowanej zmodyfikowanej wersji zadania „dot-probe”

W latach 2012–2014 przeprowadzono badania, których celem było oszacowanie tematyki fotografii (badani mieli za zadanie ocenić, do jakiej z pięciu następujących grup należy każda fotografia: pożywienie/jedzenie, kształt ciała/figura, waga, kompetencje/samoocena/osiągnięcia, inna tematyka) oraz walencji fotografii (zadaniem badanych był wybór jednej z pięciu schematycznych twarzy wyrażających kolejno: bardzo negatywny stan nastroju, negatywny stan nastroju, neutralną mimikę, pozytywny stan nastroju, bardzo pozytywny stan nastroju) przez 15 cierpiących na zaburzenia odżywiania kobiet (9 kobiet z jadłowstrętem psychicznym i 6 kobiet z żarłocznością psychiczną) w wieku 17–35 lat ($M = 22,93$; $SD = 4,83$) i 15 zdrowych kobiet w wieku 22–35 lat ($M = 23,87$; $SD = 3,44$; $t[28] = -0,61$; $p = 0,547$). Autorka uzyskała zgodę Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie na przeprowadzenie badania (numer ewidencyjny 12 – 2009/2010). Przed rozpoczęciem badania uczestników zapewniono o jego anonimowości i wszyscy badani wyrazili świadomą zgodę na udział w nim.

Utworzono ostatecznie dla każdej z dwóch grup – osób z zaburzeniami odżywiania i osób zdrowych – dwa zestawy fotografii, co do których walencji (pozytywna, negatywna lub neutralna) i kategoryzacji (jedzenie, kształt ciała, waga ciała, kompetencje/samoocena/osiągnięcia, żadna z nich) badani byli zgodni. Były to: 24 fotografie dotyczące jedzenia (8 pozytywnych, 8 negatywnych i 8 neutralnych), 24 fotografie dotyczące kształtu ciała (8 pozytywnych, 8 negatywnych i 8 neutralnych), 24 fotografie dotyczące wagi ciała (8 pozytywnych, 8 negatywnych i 8 neutralnych), 24 fotografie dotyczące kompetencji/samooceny/osiągnięć (8 pozytywnych, 8 negatywnych i 8 neutralnych) oraz 120 fotografii kontrolnych (40 pozytywnych, 40 negatywnych i 40 neutralnych). Te fotografie zostały użyte do konstrukcji zmodyfikowanego zadania „dot-probe”. Fotografie kontrolne, które nie zostały zakwalifikowane do ostatecznej puli zdjęć, zostały wykorzystane do utworzenia krótkiego testu próbnego.

Warto dodać, że podczas konstruowania narzędzia autorka sugerowała się stwierdzeniem Quimet i in. (2009) (o którym wspomniano, uzasadniając postawione hipotezy), według którego modele uwagi selektywnej rozpatrują różne etapy przetwarzania informacji podczas wykonywania danego zadania poznawczego: orientacja uwagi występuje w czasie nie przekraczającym 30 ms, zaangażowanie uwagi – w czasie 30–500 ms, odangażowanie uwagi – w czasie 500–1000 ms i unikanie – w czasie przekraczającym 1000 ms. Chociaż Mogg i Bradley (2005) uważają, że

planowano badać wyłącznie kobiety, fotografie kontrolne nie obejmowały fotografii kobiet, a jedynie fotografie mężczyzn lub dzieci. Wreszcie usunięto fotografie mające silne konotacje seksualne, gdyż mogłyby one zniekształcać wyniki (np. badani mogliby silnie reagować na te obrazy, ale nie z powodu ich związku z ciałem jako takim, a z powodu ich nacechowania seksualnego) lub naruszać uczucia religijne badanych.

niezbyt korzystne może być stosowanie więcej niż dwóch, trzech czasów prezentacji bez ryzyka, że zadanie stanie się nadmiernie długie i męczące, szczególnie dla prób klinicznych, autorka zdecydowała się mimo to zbadać funkcjonowanie uwagi badanych w warunkach czterech czasów prezentacji (tj. 17 ms, 150 ms, 750 ms i 1250 ms) ze względu na perspektywę uzyskania ciekawych wyników.

Prezentacja modyfikacji zadania „dot-probe”. Oprogramowanie do eksperymentu zostało napisane w języku C# (C Sharp). Badanie przeprowadzano indywidualnie, dbając o to, aby zapewnić badanym ciszę i spokój. Najczęściej wykorzystywane było specjalnie wyznaczone przez personel kliniki/ośrodka terapeutycznego pomieszczenie, a w przypadku osób zdrowych – pokój/pusta sala na uczelni. W badaniu wykorzystywano laptop z 15-calowym ekranem, który wyświetlał punkt fiksacji, zdjęcia oraz sondę na białym tle. Na klawiaturze wyodrębnione zostały za pomocą kolorowej folii dwa klawisze (w kolorze pomarańczowym i niebieskim, znajdujące się odpowiednio po prawej i po lewej stronie tej klawiatury). Badani siedzieli w odległości 75 cm od monitora. Rysunek 11 prezentuje opisane wyżej stanowisko badawcze.



Rysunek 11. Prezentacja stanowiska badawczego podczas wykonywania zadania „dot-probe”.

Przed badaniem uczestnicy proszeni byli o skupienie wzroku na punkcie fiksacji – czarnym numerze (od 1 do 9) wybieranym losowo, o wysokości 15 mm, który podczas każdej z prób pojawiał się na ekranie i pozostawał na nim aż do reakcji, ponadto zwracano badanym uwagę na konieczność utrzymywania fiksacji wzroku na numerze w trakcie całego zadania. Zadanie rozpoczynał test próbny złożony

z trzech prób (niezawierających fotografii wykorzystanych w głównym zadaniu „dot-probe”). Następnie prezentowano 108 prób eksperymentalnych. Próby polegały na tym, że badanym prezentowano pary kolorowych fotografii (bodźce poprzedzające, czyli tzw. prymy) o wielkości 103/72 mm lub 72/103 mm, które były prezentowane po lewej i prawej stronie punktu fiksacji. Po jednej stronie ekranu ukazywały się fotografie należące do jednej z czterech poniższych grup: bodźce związane z: jedzeniem, kształtem ciała, wagą ciała lub kompetencjami/samooceną/osiągnięciami (grupa bodźców eksperymentalnych, które postanowiono nazywać znaczącymi), nacechowane pozytywnie, negatywnie lub emocjonalnie neutralne. Po drugiej stronie ekranu ukazywały się tylko bodźce kontrolne, dopasowane pod względem walencji do pokazywanego obok bodźca docelowego (grupa bodźców kontrolnych). Ponadto prezentowano także próby składające się z dwóch fotografii kontrolnych.

Badanym prezentowano 24 pary fotografii, w których jeden z bodźców był związany z jedzeniem, a drugi – należał do puli bodźców kontrolnych, przy czym osiem par tworzyły bodźce o walencji pozytywnej (cztery próby kongruentne, w których czas prezentacji par wynosił odpowiednio 17 ms, 150 ms, 750 ms i 1250 ms, i cztery próby niekongruentne, w których czas prezentacji par wynosił również odpowiednio 17 ms, 150 ms, 750 ms i 1250 ms), kolejne osiem par tworzyły bodźce o walencji negatywnej i osiem par – bodźce neutralne. Podobny układ zastosowano dla par fotografii, w których jeden z bodźców był związany z kształtem ciała, wagą oraz kompetencjami/samooceną/osiągnięciami. Ponadto w prezentację włączono 12 par fotografii kontrolnych (po cztery pary zawierające po dwie fotografie kontrolne nacechowane pozytywnie, negatywnie lub fotografie neutralne emocjonalnie, których czas prezentacji wynosił odpowiednio 17 ms, 150 ms, 750 ms i 1250 ms). Prezentacja zawierała zatem 108 prób (pomijając trening). Dane na temat zestawu prób, prezentowanych w zmodyfikowanym zadaniu „dot-probe” prezentuje tabela 7.

Zadanie zaprojektowano tak, że kiedy dwie fotografie znikają z ekranu, w lokalizacji jednej z nich pojawiał się bodziec docelowy, czyli sonda („X”) o wysokości 15 mm. Pozycja fotografii eksperymentalnej i pozycja sondy była zbalansowana poprzez próby, co oznaczało, że zarówno jedna, jak i druga, pojawiała się w każdej lokalizacji (prawej lub lewej) z taką samą częstością. Każda para fotografii była prezentowana jeden raz. Porządek prezentacji par o różnym układzie fotografii i różnym czasie prezentacji był zrandomizowany – program dobierał losowo kolejność prezentacji dla każdej osoby. Odstępy czasowe między próbami wynosiły 400 ms. Uczestników proszono o naciśnięcie jednego z dwóch specjalnie oznaczonych klawiszy na klawiaturze (zob. także: opis i zdjęcie stanowiska badawczego zamieszczony powyżej), znajdujących się odpowiednio po prawej i po lewej stronie tej klawiatury w zależności od tego, po której stronie ekranu (prawej czy lewej) ukazała się sonda.

Badani byli testowani indywidualnie i proszono ich o udzielenie odpowiedzi tak szybko i dokładnie, jak to tylko możliwe. Sondę zastępującą jedną z fotografii prezentowano aż do chwili reakcji badanego.

Warto dodać, że w tych próbach, w których prezentowano bodźce podprogowo (przez 17 ms), wprowadzono dodatkowy element – maskę (obrazek złożony z cyferek i kół obejmujący cały ekran). Czas prezentacji maski przekraczał 2,5-krotnie czas prezentacji bodźców podprogowych i wynosił 43 ms. Przykład sekwencji w modyfikacji zadania „dot probe” prezentuje rysunek 12.

Pod koniec wykonywania zadania przeprowadzano test świadomości, który zamieszczono w odrębnym pliku w komputerze. Polegał on na prezentacji badanym kilku par fotografii (z puli fotografii wykorzystanych podczas głównego badania) w czasie 17 ms, po których użyta była maska. Zadanie badanych polegało na określeniu przez nich tematyki tych obrazków w celu upewnienia się, że na pewno czas prezentacji 17 ms gwarantował, iż rysunki nie zostały przez nich świadomie zarejestrowane.

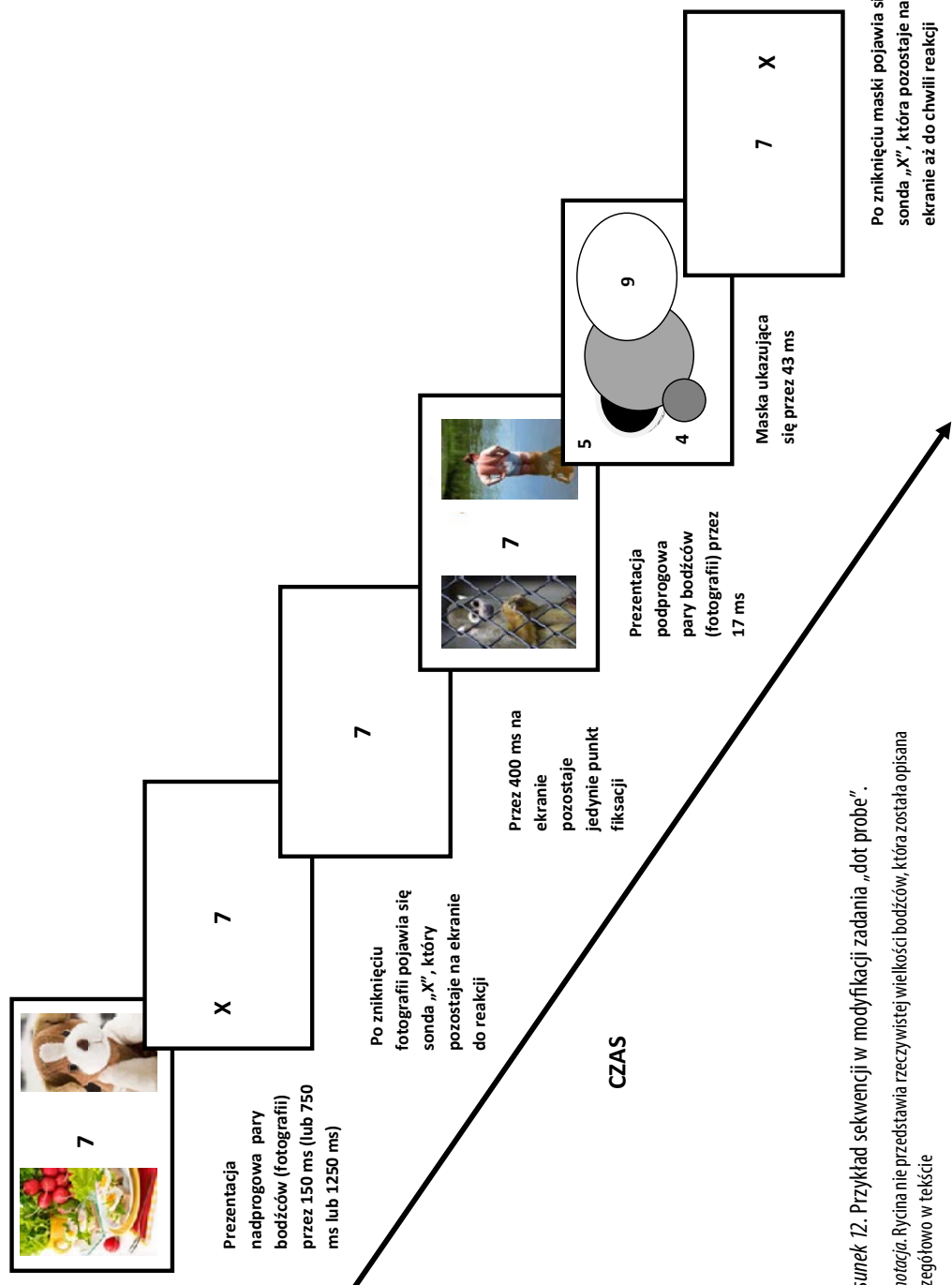
Chociaż Shafran, Lee, Cooper i in. (2007) po uzupełnieniu zadania „dot-probe” pokazywali każdą fotografię ponownie i pytano o ocenę jej walencji („jak czuje się Pan/Pani, gdy Pan/Pani na niego patrzy?”) na skali od -3 (*bardzo negatywnie*) poprzez 0 (*całkowicie neutralnie*) aż po +3 (*bardzo pozytywnie*), a Rieger i in. (1998) pytali o ocenę kategoryzacji słów związanych z kształtem i wagą ciała oraz słów emocjonalnych (od 0 – *w ogóle niezwiązany*, do 5 – *silnie związany*) oraz, podobnie jak Placanica i in. (2002), o ocenę walencji tych słów (od 1 – *bardzo negatywne*, do 10 – *bardzo pozytywne*), to jednak w niniejszym badaniu, ze względu na to, że fotografie były przed konstrukcją modyfikacji zadania „dot-probe” oceniane odpowiednio przez osoby z zaburzeniami odżywiania oraz przez osoby zdrowe (czego nie uczynili, ale co sugerowali m.in. Shafran, Lee, Cooper i in., 2007), postanowiono zrezygnować z tego dodatkowo obciążającego badanych zadania.

Tabela 7

Zestaw prób prezentowanych w zmodyfikowanym zadaniu „dot-probe”

Fotografie związane z jedzeniem – fotografie kontrolne (24 pary)				
Pozytywne fotografie związane z jedzeniem – pozytywne fotografie kontrolne (8 par)		Negatywne fotografie związane z jedzeniem – negatywne fotografie kontrolne (8 par)		Neutralne fotografie związane z jedzeniem – neutralne fotografie kontrolne (8 par)
Próby kongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)	Próby niekongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)	Próby kongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)	Próby niekongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)	Próby niekongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)
Fotografie związane z kształtem ciała – fotografie kontrolne (24 pary)				
Pozytywne fotografie związane z kształtem ciała – pozytywne fotografie kontrolne (8 par)		Negatywne fotografie związane z kształtem ciała – negatywne fotografie kontrolne (8 par)		Neutralne fotografie związane z kształtem ciała – neutralne fotografie kontrolne (8 par)
Próby kongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)	Próby niekongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)	Próby kongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)	Próby niekongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)	Próby niekongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)
Fotografie związane z wagą ciała – fotografie kontrolne (24 pary)				
Pozytywne fotografie związane z wagą ciała – pozytywne fotografie kontrolne (8 par)		Negatywne fotografie związane z wagą ciała – negatywne fotografie kontrolne (8 par)		Neutralne fotografie związane z wagą ciała – neutralne fotografie kontrolne (8 par)
Próby kongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)	Próby niekongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)	Próby kongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)	Próby niekongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)	Próby niekongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)
Fotografie związane z kompetencjami/samoceną/osiągnięciami – fotografie kontrolne (24 pary)				
Pozytywne fotografie związane z kompetencjami/samoceną/osiągnięciami – pozytywne fotografie kontrolne (8 par)		Negatywne fotografie związane z kompetencjami/samoceną/osiągnięciami – negatywne fotografie kontrolne (8 par)		Neutralne fotografie związane z kompetencjami/samoceną/osiągnięciami – neutralne fotografie kontrolne (8 par)
Próby kongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)	Próby niekongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)	Próby kongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)	Próby niekongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)	Próby niekongruentne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)
Fotografie kontrolne – fotografie kontrolne (12 par)				
Pozytywne fotografie kontrolne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)		Negatywne fotografie kontrolne – negatywne fotografie kontrolne (4 pary; SOA = 17 ms / 150 ms / 750 ms / 1250 ms)		

Adnotacja. SOA – czas prezentacji bodźców (Stimulus Onset Asynchrony).



Rysunek 12. Przykład sekwencji w modyfikacji zadania „dot probe”.

Adnotacja. Rycina nie przedstawia rzeczywistej wielkości bodźców, która została opisana szczegółowo w tekście

Należy podkreślić, że respektując zalecenia badaczy (np. Shafran, Lee, Cooper i in., 2007) dotyczące zastosowania zadania „dot-probe” w badaniach pacjentów z zaburzeniami odżywiania, utworzono dwie wersje zmodyfikowanego zadania „dot-probe”. Jedna wersja była przystosowana do pacjentów z zaburzeniami odżywiania, zaś druga wersja była przystosowana do badania osób zdrowych. Wersje te różniły się między sobą w niewielkim stopniu pod względem doboru bodźców.

Założenia przyjęte w pracy: zmienne wraz ze sposobem ich pomiaru, model badawczy i hipotezy

Zmienne.

Zmienne niezależne główne. W niniejszych badaniach zmiennymi niezależnymi głównymi były:

- **pozycja sondy w zadaniu „dot-probe”** (w próbach kongruentnych zastępowała ona bodźce związane z zaburzeniami odżywiania, zaś w próbach niekongruentnych – bodźce kontrolne);
- **walencja** prezentowanych w zadaniu „dot probe” bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania (pozytywna, negatywna, neutralna);
- **czas prezentacji bodźców** związanych z zaburzeniami odżywiania w zadaniu „dot probe”, przyjmujący cztery wartości: 17 ms, 150 ms, 750 ms i 1250 ms.

Zmienne niezależne uboczne. W opisanych w niniejszej pracy badaniach zmiennymi niezależnymi ubocznymi były:

- **wiek;**
- **wykształcenie;**
- **miejsce zamieszkania;**
- **czas trwania choroby;**
- **przyjmowane leki psychotropowe** (które mogą wpływać na funkcjonowanie poznawcze (np. Murphy, Downham, Cowen, Harmer, 2008);
- **BMI** (*Body Mass Index*), czyli wskaźnik masy ciała – współczynnik powstały przez podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wysokości podanej w metrach. Klasyfikacja (zakres wartości) wskaźnika BMI została opracowana wyłącznie dla dorosłych i nie może być stosowana u dzieci. Tę zmienną brali pod uwagę w swoich badaniach tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania m.in. Lee i Shafran (2008), Rieger i in. (1998), Shafran, Lee, Cooper i in. (2007), Shafran i in. (2008; zob. też: Smith, Rieger, 2006).

Dane dotyczące wyżej wymienionych zmiennych zostały uzyskane dwiema drogami: od lekarzy prowadzących pacjentów oraz dzięki wypełnionej przez pacjentki metryczce, zawierającej pytania dotyczące danych socjodemograficznych (wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania), rozpoznania (w przypadku kobiet z zaburzeniami odżywiania), wzrostu, wagi, czasu trwania choroby oraz przyjmowanych leków.

Innymi zmiennymi niezależnymi ubocznymi uwzględnionymi w opisywanych w niniejszej pracy badaniach były:

- **Zaburzenia odżywiania** – chociaż dobór badanych odbywał się na podstawie diagnozy lekarskiej, nasilenie zaburzeń odżywiania kontrolowano za pomocą *Kwestionariusza zaburzeń odżywiania (Eating Disorder Inventory, EDI; Garner i in., 1983)*, który w chwili obecnej jest, obok takich kwestionariuszy, jak: *Eating Attitudes Test (EAT; Garner, Garfinkel, 1979)*, *Body Shape Questionnaire (BSQ; Hawkins, Clemant, 1980)*, *Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE; Henderson, Freeman, 1987)*, *Eating Disorders Examination (EDE; Cooper, Fairburn, 1987; zob. też: Fairburn, Cooper, 1993)* oraz *The Bulimia Test-Revised (BULIT-R; Smith, Thelen, 1984)*, najczęściej używanym narzędziem służącym do badania obecności/nasilenia zaburzeń odżywiania.

Ten kwestionariusz składa się z 64 pozycji. Każde ze stwierdzeń jest oceniane na 6-punktowej skali (zawsze – zwykle – często – czasem – rzadko – nigdy). Pozycje punktowane są od 3 do 0 (zawsze – 3, zwykle – 2, często – 1, czasem, rzadko, nigdy – 0). W odwrotnej kolejności punktowane są pozycje odwrócone. Wartości wylicza się odrębnie dla każdej podskali (nie wylicza się wartości średniej dla całej skali). Autorzy wyodrębnili 8 podskal:

1. Dążenie do bycia szczupłym (*drive for thinness*) – 7 pozycji. Ta podskala dotyczy nadmiernej koncentracji na stosowaniu diety, nadmiernego zaangażowania w problemy związane z wagą ciała oraz w osiągnięcie skrajnie szczupłej sylwetki. Pozycje obejmują zarówno dążenie do utraty masy ciała, jak i lęk przed przytyciem.

2. Bulimia (*bulimia*) – 7 pozycji. Podskala ta dotyczy występowania objawów niekontrolowanego objadania się i ewentualnie wymiotów jako sposobu pozbycia się zjedzonego pokarmu. Należy wspomnieć w tym miejscu, że zachowania bulimiczne występować mogą również u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, jak i u osób z atypową postacią żarłoczności psychicznej.

3. Niezadowolenie z własnego ciała (*body dissatisfaction*) – 9 pozycji. Podskala ta odnosi się do przekonań pacjenta, że poszczególne części jego ciała (głównie uda, pośladki, biodra) są „za grube”. Według autorów testu niezadowolenie z własnego ciała ma związek z zaburzeniami obrazu ciała.

4. Nieefektywność (*ineffectiveness*) – 10 pozycji. Podskala ta ma oceniać poczucie ogólnej nieadekwatności, braku bezpieczeństwa, bezwartościowości, które często cechują osoby z zaburzeniami odżywiania.

5. Perfekcjonizm (*perfectionism*) – 6 pozycji. Podskala ta dotyczy oczekiwań wyjątkowych osiągnięć w życiu, które są często obecne u pacjentów z zaburzeniami odżywiania, a zwłaszcza – u osób z jadłowstrętem psychicznym.

6. Nieufność w relacjach międzyludzkich (*interpersonal distrust*) – 7 pozycji. Podskala dotyczy poczucia alienacji i trudności w nawiązywaniu bliskich relacji z innymi osobami.

7. Świadomość interoceptywna (*interoceptive awareness*) – 10 pozycji. W tej podskali są oceniane zaburzenia w rozpoznawaniu i identyfikowaniu emocji oraz doznań takich, jak głód i sytość.

8. Obawy przed dojrzewaniem (*maturity fears*) – 8 pozycji. U podstaw wyodrębnienia tej podskali leżało przekonanie (np. wyrażone przez Crispa, 1980), że odmowa przyjmowania pokarmów może odzwierciedlać lęk przed dojrzewaniem i wiązać się z chudnięciem, symbolizującym powrót do wyglądu z okresu dzieciństwa.

Dwie subskale są szczególnie użyteczne w pomiarze trosk dotyczących jedzenia, kształtu i wagi ciała i są to: Dążenie do bycia szczupłym i Niezadowolenie z własnego ciała (Placanica i in., 2002; zob. też: Garner, 1991; Wilson, Smith, 1989). Żechowski (2008a), autor polskiej adaptacji testu wykazał wysoką rzetelność większości podskal polskiej wersji EDI (w żadnej ze skal wyniki nie były niższe od 0,60). Kwestionariusz EDI może być używany w badaniach osób od 14 r.ż. Prawami autorskimi do wykorzystania testu dysponuje Wydawnictwo NCS Pearson (USA), autorka badań otrzymała od tego wydawnictwa polską wersję testu oraz licencję dotyczącą praw do wykorzystania tej wersji testu.

Należy dodać, że Shafran, Lee, Cooper i in. (2007) oraz Lee i Shafran (2008), badając tendencyjność uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania, stosowali inne niż autorka niniejszych badań narzędzie mierzące obecność/nasilenie zaburzenia odżywiania, a mianowicie EDE (Cooper, Fairburn, 1987). Z kolei Placanica i in. (2002) stosowali *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2; Garner, 1991). Rieger i in. (1998) badali zafascynowanie kształtem ciała, używając subskal: Dążenie do szczupłości i Niezadowolenie ze swojego ciała z tego kwestionariusza.

- **Subiektywnie odczuwany głód** – w badaniach opisywanych w niniejszej pracy w celu pomiaru zmiennej subiektywnie odczuwany głód zastosowano *Skalę głodu* (*Hunger Scale*; Grand, 1968; zob. też: Mogg, Bradley, Hyare, Lee,

1998; Placanica i in., 2002). Ta skala składa się z czterech pozycji: pierwsza dotyczy czasu, jaki upłynął od ostatniego posiłku (liczba godzin szacowana z dokładnością do 15 minut); druga pozycja dotyczy subiektywnie odczuwanego głodu (jest on oceniany na 7-punktowej skali od 1 – *nie jestem w ogóle głodny*, do 7 – *jestem bardzo głodny*); trzecia pozycja dotyczy ilości ulubionego pokarmu, jaką badany byłby w stanie zjeść w chwili badania (jest ona oceniana na 6-punktowej skali od 1 – *nie zjadłbym nic*, do 6 – *zjadłbym tyle, ile bym zdołał*); czwarta pozycja dotyczy spodziewanej pory następnego posiłku (ocenianej z dokładnością co do 15 minut; zob. też: Mogg i in., 1998; Placanica i in., 2002). *Skala głodu* była wielokrotnie stosowana w badaniach nad postawami wobec jedzenia.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na znaczenie, jakie może mieć kontrola subiektywnie odczuwanego głodu w badaniach tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania.

Faunce (2002) podkreśla, że pacjenci kliniczni mają tendencję do słabej koncentracji uwagi, a u osób z zaburzeniami odżywiania te problemy mogą być dodatkowo zaostrzane przez fizjologiczne konsekwencje głodowania (zob. też: Vitousek, Orimoto, 1993). Słaba koncentracja uwagi może być zmienną zakłócającą, która może przyczynić się do zwiększenia ryzyka błędu drugiego rodzaju¹³ (zob. też: Garfinkel, Garner, 1982). Dodatkowo leki psychotropowe, np. antydepresanty, przyjmowane przez chorych, mogą obniżać zdolność do koncentracji uwagi (np. Murphy i in., 2008). Mogg i in. (1998) twierdzą, że głód jako nieemocjonalny stan motywacyjny, może się wiązać z błędami w przetwarzaniu informacji, m.in. z uwagą selektywną w przypadku bodźców, które są istotne dla tego stanu (np. związanych z jedzeniem). Vitousek i Orimoto (1993) podkreślają, że zazwyczaj pomija się rolę, jaką głód może odgrywać w determinowaniu błędów uwagi dla słów dotyczących pokarmu i kształtu/wagi ciała. Z jednej strony, Faunce (2002) uważa, że należy wyjaśnić rolę głodu w determinowaniu błędów uwagi związanych z pokarmem, kształtem i wagą ciała, gdyż istnieją dowody, że takich błędów obecnych u pacjentów z zaburzeniami odżywiania zazwyczaj nie odkrywa się u osób będących na diecie. Chociaż, jak twierdzi autorka, błędy uwagi dla słów dotyczących pokarmu były również odkrywane w nieklinicznych populacjach osób, które ograniczały ilość przyjmowanego pokarmu (*restrained eaters*), jednak wyniki tych badań były niejednoznaczne. Niektórzy badacze

13 Pojęcie z zakresu weryfikacji hipotez statystycznych, polegające na nieodrzuceniu hipotezy zerowej, która jest w rzeczywistości fałszywa.

potwierdzili wpływ powstrzymywania się od jedzenia na tendencyjność uwagi dla słów dotyczących pokarmu (np. Stewart, Samoluk, 1997), inni zaś nie (np. Mahamedi, Heatherton, 1993). Jest możliwe, że te niezgodności wynikały ze stosowania *Revised Restraint Scale* (Stunkard, Wadden, 1990), narzędzia o niesprawdzonych właściwościach psychometrycznych (Placanica i in., 2002; zob. też: Rieger i in., 1998), jednak, jak twierdzą Vitousek i Orimoto (1993), prawdopodobnie troski związane z jedzeniem, niezależnie od odczuwanego głodu, mogą być związane z błędami uwagi dotyczącymi pokarmu. Z drugiej strony, Vitousek i Hollon (1990) oraz Green i in. (1999) podkreślają, że opóźnione nazywanie kolorów związanych z pokarmem słów u osób z jadłowstrętem psychicznym może być funkcją głodu, a nie psychopatologii, przy czym tę sugestię wspierają wyniki badań pokazujące, że opóźnione nazywanie kolorów (w teście Stroopa) może być wywoływane przez manipulację tą zmienną niezależną (Channon, Hayward, 1990; Green, Elliman, Rogers, 1996). Mogg i in. (1998), chcąc odpowiedzieć na pytanie o wpływ głodu na tendencyjność uwagi, poza przekazaniem badanym (osoby bez zaburzeń psychicznych) instrukcji, aby nie spożywali posiłków poczynsz od kolacji w dniu poprzedzającym badanie do chwili badania, oceniali również subiektywnie odczuwany głód za pomocą wspomnianej powyżej *Skali głodu* (Grand, 1968). Badacze ci, stosując zadanie „dot-probe” odkryli, że odczuwający głód badani przejawiają ukierunkowanie uwagi ku słowom związanym z pokarmami, podczas gdy badani nie odczuwający głodu nie przejawiali tego typu tendencyjności uwagi. Badacze wysunęli wniosek, że predyktorem błędów uwagi w przypadku bodźców związanych z pokarmami jest w większym stopniu subiektywnie odczuwany głód niż postępowanie według instrukcji badaczy co do powstrzymania się od jedzenia przed badaniem. Zatem status osoby ograniczającej jedzenie może nie być dobrym wskaźnikiem głodu. Chociaż Stewart i Samoluk (1997) sugerowali, że status osoby ograniczającej jedzenie jest lepszym predyktorem interferencji Stroopa dla słów związanych z jedzeniem niż to, czy osoba jest głodna, czy też nie, to konkluzja ta mogła stanowić konsekwencję nieadekwatnej operacjonalizacji zmiennej niezależnej. Badacze ci bowiem zalecili badanym, aby nie jedli przez zaledwie ostatnie 6 godzin przed badaniem (dla porównania, Channon i Hayward [1990] prosili badanych o nieprzyjmowanie pokarmów na 24 godziny przed badaniem). Aby pogłębić istniejący stan badań w tym zakresie, Placanica i in. (2002), zastosowali zmodyfikowane zadanie Stroopa w celu oszacowania błędów uwagi dla słów związanych z pokarmem, kształtem i wagą ciała u zdrowych badanych, którzy uzyskują wysokie lub

niskie wyniki na skalach Dążenie do bycia szczupłym i Niezadowolenie z własnego ciała kwestionariusza EDI-2 (Garner, 1991). Badacze ci polecieli badanym, aby nie jedli śniadania i lunchu w dniu badania. Odkryto, że powstrzymanie się od spożycia posiłków zwiększa tendencyjność uwagi ku słowom związanym z wysokokalorycznymi pokarmami i były to wyniki zgodne z rezultatami badań, które przeprowadzili Mogg i in. (1998). Co więcej, badania wykazały, że osoby, które uzyskały wysokie wyniki na wspomnianych skalach EDI-2 (Garner, 1991), przejawiały także błędy uwagi ku słowom związanym z niskokalorycznymi pokarmami, ale jedynie wówczas, gdy nie polecono im, aby powstrzymywały się od jedzenia. Te wyniki pokazują, że tendencyjność uwagi ku słowom związanym z pokarmami, obserwowana u pacjentów z zaburzeniami odżywiania, może nie stanowić wyłącznie konsekwencji głodu. Reasumując, Faunce (2002) wskazuje na konieczność dalszych badań, które wyjaśniłyby rolę głodu i patologii zaburzeń odżywiania w determinowaniu wielkości tendencyjności uwagi. Warto dodać, że znaczne ograniczenie przyjmowania pokarmu, określane jako połowiczny głód (*semi-starvation*), może doprowadzić do upośledzenia funkcjonowania poznawczego. Chociaż Fowler i in. (2006) stwierdzili subtelne zaburzenia neuropoznawcze w jadłowstręcie psychicznym, a Katzman, Christensen, Young i Zipursky (2001) odkryli strukturalne nieprawidłowości w mózgu pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, dotychczas nie wyjaśniono ich specyfiki. Lee i Shafran (2004) podkreślają, że badając pacjentów z zaburzeniami odżywiania, poza odczuwanym przez nich w chwili badania głodem, należy mieć na uwadze również wpływ połowicznego głodu i niskiej wagi ciała na ogólne poznawcze funkcjonowanie pacjentów z tą chorobą (Fox, 1981). Badania ujawniły deficyty poznawcze u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym (Bayless i in., 2002), za które nie mogą być odpowiedzialne wysokie poziomy depresyjnej symptomatologii (McDowell i in., 2003). Przyszłe badania powinny zatem kontrolować możliwe efekty deprywacji pokarmu i połowicznego głodu.

- **Depresja** – w opisywanych w niniejszej pracy badaniach do pomiaru zmiennej depresja zastosowano *Inwentarz depresji (Beck Depression Inventory-II, BDI-II; Beck, Steer, Brown, 1996)*. Autorami polskiej adaptacji testu są Zawadzki, Popiel i Pragłowska (2009; zob. też: Parnowski, Jernajczyk, 1977). Jest to jedna z najczęściej używanych na świecie metod badania głębokości objawów depresji. Składa się on z 21 pozycji w formie pytań wielokrotnego wyboru, przy czym możliwe są cztery warianty odpowiedzi, za które badany uzyskuje od 0 do 3 punktów. Wyższa punktacja odpowiada większemu nasileniu objawów

depresji. Wynik w granicach 0–9 punktów wskazuje na brak objawów depresji, wynik w granicach 10–18 punktów – na lekką depresję, wynik w granicach 19–29 punktów – na objawy depresji o średnim nasileniu, natomiast wynik w granicach 30–63 – wskazuje na objawy depresji o głębokim nasileniu. Test cechuje zadowalająca rzetelność i trafność. Prawami autorskimi do wykorzystania testu dysponuje Wydawnictwo NCS Pearson (USA), autorka badań otrzymała licencję wydawnictwa dotyczącą prawa do wykorzystania polskiej wersji testu.

Tę zmienną kontrolowali w swoich badaniach m.in. Rieger i in. (1998) oraz Shafran, Lee, Cooper i in. (2007), badający tendencyjność uwagi osób z zaburzeniami odżywiania, którzy stosowali kolejno BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mogg, Erbaugh, 1961) i BDI-II (Beck i in., 1996). Kwestionariusz BDI zastosowali w badaniach tendencyjności uwagi u osób zdrowych Asanowicz i Wolski (2007). Według Wellsa i Mathewsa (1994) warto odpowiedzieć na pytanie, czy pacjenci z zaburzeniami psychicznymi przejawiają zgodną z nastrojem, podwyższoną wrażliwość na bodźce związane z ich klinicznym stanem.

- **Lęk (stan i cecha)** – w opisywanych w niniejszej pracy badaniach wskaźnikiem zmiennej lęk (stan i cecha) był wynik, jaki uzyskał badany w *Inwentarzu stanu i cechy lęku (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)*. Ten kwestionariusz został opracowany przez Spielbergera, Gorsucha i Lushene’a (1970; zob. też: Spielberger, 1966), przy czym autorami polskiej adaptacji testu są Spielberger, Strelau, Tysarczyk i Wrześniewski (Wrześniewski, Sosnowski, Jaworowska, Fecenec, 2006).

Kwestionariusz STAI składa się z dwóch niezależnych części, z których każda zawiera po 20 stwierdzeń. Za pomocą pierwszej części STAI (X-1) można badać poziom lęku traktowanego jako aktualny, przejściowy, uwarunkowany sytuacyjnie stan emocjonalny (lęk jako stan). Część druga STAI (X-2) dotyczy lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości (lęk jako cecha). Osoba badana ustosunkowuje się do każdego stwierdzenia, wybierając jedną z czterech możliwości (podskale zawierają stwierdzenia wprost [np. item nr 3 w podskali X-1 „Jestem napięty”], jak i stwierdzenia odwrócone [np. twierdzenie nr 36 w podskali X-2 „Jestem zadowolony”]). Na poziom lęku wskazuje liczba punktów uzyskana poprzez zsumowanie punktów otrzymanych przez badanego dla poszczególnych twierdzeń. Wartości punktowe dla każdej części kwestionariusza mogą wahać się od 20 do 80 punktów. Wyniki surowe przeliczane są na steny. W skali stenowej wynik od 1 do 4 oznacza niskie nasilenie lęku, wynik od

5 do 6 – średnie nasilenie lęku, a wynik od 7 do 10 – wysokie nasilenie lęku. Wysokie wartości punktowe oznaczają wysoki poziom lęku. Co do rzetelności, zgodność wewnętrzną obu skal jest wysoka, nieco niższa jest stabilność bezwzględna, zwłaszcza skali X-1. Potwierdzono także trafność teoretyczną obu skal (Wrześniewski i in., 2006). Kwestionariusz STAI można zakupić w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Warto wspomnieć o znaczeniu, jakie może mieć kontrola lęku w badaniach nad tendencyjnością uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania. Shafran, Lee, Cooper i in. (2007) piszą, że jest możliwe, iż uwaga skierowana ku danym bodźcom lub odwracanie uwagi od nich, mogą być przypisane ogólnemu poziomowi lęku, gdyż takie błędy uwagi można zaobserwować u badanych z zaburzeniami lękowymi. Mackintosh i Hoppitt (2009) twierdzą, że tendencyjność uwagi zależy od natężenia zarówno lęku-cechy, jak i lęku-stanu w momencie badania (zob. też: Faunce, 2002; Wells, Mathews, 1994). Wells i Mathews (1994) twierdzą, że zazwyczaj pacjenci z zaburzeniami psychicznymi przejawiają silniejsze błędy uwagi niż osoby zdrowe psychicznie, które mają wysokie poziomy lęku-cechy lub lęku-stanu, a to oznacza, że te błędy nie muszą być wynikiem wysokiego poziomu lęku-cechy lub lęku-stanu. Holas i Brzezicka (2009) piszą, że stan lęku odgrywa większą rolę w odroczeniu momentu odłączenia uwagi od zagrożenia niż lęk-cecha (zob. też: Fox i in., 2002; Fox i in., 2001). Z kolei Lee i Shafran (2004) piszą o konsensusie badaczy odnośnie tego, iż tendencyjność uwagi (autorzy mają na myśli efekt interferencji Stroopa) u osób z zaburzeniami odżywiania wynika z faktu przetwarzania przez nich podczas badań informacji istotnej dla ich Ja, która podwyższa poziom lęku. To z kolei uszkadza ich globalne poznawcze funkcjonowanie. Niewątpliwie warto kontrolować poziom lęku u badanych z zaburzeniami odżywiania i stosować dla porównania grupy osób z zaburzeniami lękowymi. W badaniach tendencyjności uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania Rieger i in. (1998) zastosowali do pomiaru nasilenia lęku STAI. Także Asanowicz i Wolski (2007) zastosowali w badaniach tendencyjności uwagi u osób zdrowych to narzędzie. Z kolei Shafran, Lee, Cooper i in. (2007) oraz Lee i Shafran (2008), badając tendencyjność uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania, kontrolowali poziom lęku, stosując inne narzędzie, a mianowicie *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck, Steer, 1990).

- **Zapotrzebowanie na aprobatę społeczną** – według Vitousek i in. (1991) zaprzeczanie symptomom i zniekształcenie ich opisu wpływają na adekwatność wyników kwestionariuszy samoopisowych u pacjentów z zaburzeniami

odżywiania. Temat zaprzeczania chorobie w zaburzeniach odżywiania został omówiony z teoretycznej części niniejszej pracy.

W badaniach opisywanych w niniejszej pracy w celu pośredniej kontroli zaprzeczania chorobie zastosowano *Kwestionariusz aprobaty społecznej* (KAS; Drwał, Wilczyńska, 1980). Badacze, tworząc ten test, oparli się na skali aprobaty społecznej Crowne'a i Marlowe'a (1960), którzy definiują aprobatę społeczną jako pragnienie akceptacji ze strony innych ludzi i wynikającą stąd gotowość do zachowywania się w sposób aprobowany społecznie. Kwestionariusz zawiera 29 stwierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się za pomocą skali dwustopniowej, decydując, czy opisane zachowania i przekonania są w jego/jej przypadku prawdziwe, czy fałszywe. Wskaźnikiem zmiennej jest suma odpowiedzi na poszczególne pytania, którym wartość (0 lub 1) przypisano zgodnie z kluczem. Za odpowiedź diagnostyczną dla wysokiej potrzeby aprobaty społecznej badany otrzymuje 1 punkt. Im większa wartość wskaźnika, tym większe natężenie zapotrzebowania na aprobatę społeczną. Chociaż test KAS nie bada bezpośrednio zaprzeczania chorobie, to jednak może przynajmniej w pewnym stopniu wskazywać na tendencję badanych do nieświadomego i/lub świadomego zniekształcania samoopisu w celu ukazania swojej osoby w korzystnym świetle.

Zmienne zależne. Zmiennymi zależnymi w niniejszych badaniach były:

- **Czas reakcji** (*reaction time*, RT) na bodziec docelowy (sondę) w zadaniu „dot-probe”;
- **Tendencyjność uwagi**, którą obliczano zgodnie ze wzorem, jaki zaproponowali MacLeod i in. (1986; zob. też: Shafran, Lee, Cooper i in., 2007), a mianowicie czasy reakcji (*reaction times*, RTs) w próbach zadania „dot probe”, w których bodziec docelowy i sonda znajdowały się w tej samej lokalizacji (próby kongruentne) odejmowano od RTs w próbach zadania „dot probe”, w których bodziec docelowy i sonda znajdowały się w przeciwnych lokalizacjach (próby niekongruentne). Wynik różny od 0 oznaczał, że można mówić o tendencyjności uwagi u badanych, przy czym dodatnie wartości w zakresie tendencyjności uwagi oznaczały, że badani zareagowali szybciej na sondę, gdy znajdowała się w tej samej lokalizacji, co bodziec znaczący związany z jedzeniem, kształtem ciała, wagą ciała lub kompetencjami/samooceną/osiągnięciami, zaś ujemne wartości w zakresie tendencyjności uwagi oznaczały, że badani zareagowali wolniej na sondę, gdy znajdowała się w tej samej lokalizacji, co bodziec znaczący związany z jedzeniem, kształtem ciała, wagą ciała lub kompetencjami/

samooceną/osiągnięciami. Ponadto dodatnie wyniki w zakresie tendencyjności uwagi interpretowano jako orientację uwagi w kierunku bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania bądź trudność w odangażowaniu uwagi od tych bodźców (rozróżnienie tych dwóch komponentów tendencyjności uwagi umożliwiło porównanie czasów reakcji w próbach kongruentnych i niekongruentnych z czasami reakcji w próbach zawierających dwa bodźce neutralne), zaś ujemne wyniki w zakresie tendencyjności uwagi interpretowano jako unikanie tych bodźców (np. Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004).

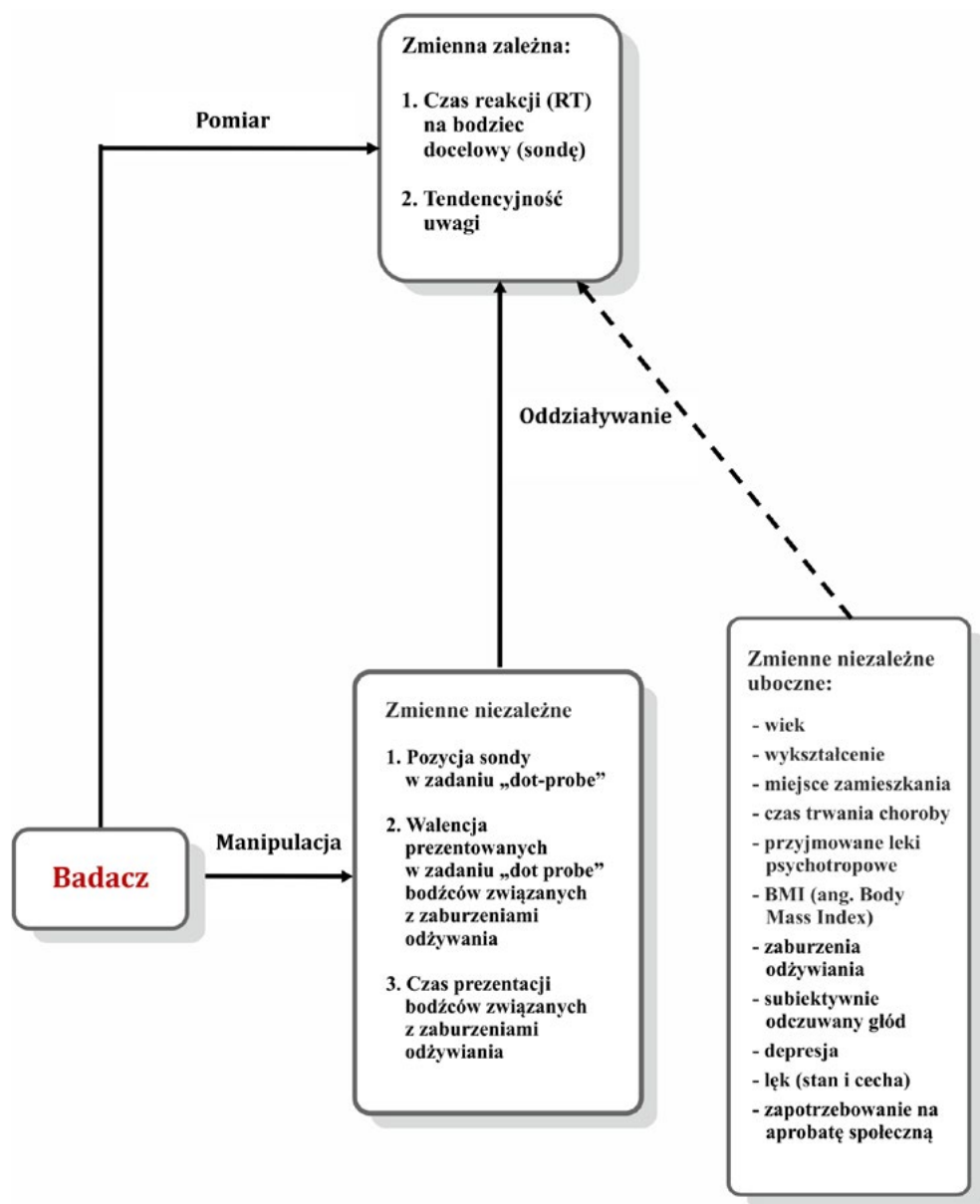
Model badawczy. Model badawczy zastosowany w planowaniu badań opisywanych w niniejszej pracy, został oparty na:

- modelu Brzezińskiego (fragment modelu eksperymentalnego; Brzeziński, 1997, s. 432)
- modelu, jaki zaproponowali Williamson i in. (2004, s. 713), ilustrującym zintegrowaną poznawczo-behawioralną teorię zaburzeń odżywiania (rysunek 3 w niniejszej pracy).

Model badawczy zaprezentowany został na rysunku 13.

Hipotezy. Hipotezy, które sformułowała autorka, powstały w oparciu o aktualny stan badań na temat przetwarzania informacji przez osoby z zaburzeniami odżywiania. Szczególne znaczenie miały badania dotyczące tendencyjności uwagi w tej grupie klinicznej.

Hipoteza 1 sformułowana została na podstawie stwierdzenia badaczy zaburzeń odżywiania, według którego osoby z tymi zaburzeniami różnią się od innych jednostek pod względem przetwarzania informacji – selektywnie koncentrują swoją uwagę na bodźcach związanych z jedzeniem i ciałem. Na ten charakterystyczny aspekt funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania zwraca uwagę wielu autorów, a w szczególności to stwierdzenie leży u podłoża omawianych szeroko w niniejszej pracy: rozszerzonej poznawczo-behawioralnej teorii żarłoczości psychicznej i transdiagnostycznej teorii zaburzeń odżywiania, zaproponowanych przez Fairburna i in. (2003) oraz modelu integrującego dotychczasowe teorie poznawczo-behawioralne zaburzeń odżywiania autorstwa Williamsona i in. (2004). Według tych badaczy większość objawów zaburzeń odżywiania można postrzegać jako konsekwencję tego nieprawidłowego przetwarzania informacji, włączając w to na przykład skrajną kontrolę wagi, różne formy sprawdzania ciała czy unikania konfrontacji z nim (Fairburn i in., 2003). Selektywne przetwarzanie informacji przez osoby z zaburzeniami odżywiania znajduje swój wyraz między innymi w tendencyjności uwagi dla bodźców związanych z jedzeniem, kształtem i wagą ciała, co potwierdziły przegląd wyników badań



Rysunek 13. Model badawczy zastosowany w planowaniu badań opisywanych w niniejszej pracy.

z zastosowaniem zadania „dot-probe” u osób z zaburzeniami odżywiania (tabela 5) oraz przeglądy i metaanalizy badań z tego obszaru (tabela 6).

Formułując hipotezę 2, autorka niniejszej pracy oparła się na stwierdzeniu badaczy zaburzeń odżywiania z nurtu poznawczego, według którego główna psychopatologia zaburzeń odżywiania oraz ich poznawcza istota jest zauważalna w schematach Ja związanych z pokarmem, kształtem, a przede wszystkim z wagą ciała, które mogą mieć automatyczny wpływ na przetwarzanie przez chorych informacji (Vitousek, Hollon, 1990; Lee, Shafran, 2004). Warto podkreślić, że schematy te opierają się w głównej mierze na postrzeganiu swojego ciała jako nie spełniającego wysrubowanych standardów dotyczących niskiej wagi ciała i uzależnianiu dobrostanu i sukcesu od sprostania tym standardom (np. Williamson i in., 2002). Już Markus i in. (1987) podkreślali, że osoby posiadające schematy dotyczące wagi ciała prawdopodobnie oceniają bodźce pod względem znaczenia, jakie one mają dla ich wagi ciała. Później pojawiły się coraz bardziej sprecyzowane i odważne hipotezy, m.in. dotyczące sterowanego przez schematy przetwarzania informacji dotyczących obrazu ciała (Cash, 2002). Współcześni badacze podkreślają, że schematy poznawcze cechujące osoby z zaburzeniami odżywiania dotyczące jedzenia i ciała zniekształcają przetwarzanie informacji u tych osób (np. Johansson, 2006) w ten sposób, że sprawniej przetwarzają one informacje zgodne z tymi schematami (tzn. reagują szybciej na negatywne bodźce związane z jedzeniem i ciałem), a przejawiają opór wobec informacji niezgodnych z tymi schematami (tzn. unikają pozytywnych bodźców związanych z jedzeniem i ciałem; np. Rieger i in., 1998).

Należy podkreślić, że dzięki zastosowaniu w badaniach opisywanych w niniejszej pracy zadania „dot-probe” możliwe stało się zbadanie trzech aspektów tendencji uwagi (poza czujnością i unikaniem – także trudności z odangażowaniem uwagi), a to umożliwiło postawienie hipotez nie tylko rozróżniających sprawniejsze przetwarzanie informacji zgodnych z schematami i opór wobec informacji z nimi niezgodnych u osób z zaburzeniami odżywiania, ale także uwzględniających omawiany już w niniejszej pracy podział sposobów radzenia sobie ze schematami autorstwa Younga (1999), wyróżniający: poddanie się schematowi, unikanie schematu i jego kompensację. W przypadku osób z zaburzeniami odżywiania na poddanie się dezadaptacyjnemu schematowi związanemu z jedzeniem i ciałem (autorka w świetle danych z literatury wysunęła przypuszczenie, że ten właśnie sposób radzenia sobie ze schematami stosują osoby z zaburzeniami odżywiania), wskazywałoby ukierunkowanie uwagi na negatywne bodźce dotyczące jedzenia i ciała oraz trudność w odangażowaniu uwagi od nich i unikanie pozytywnych bodźców dotyczących tych tematów (odpowiada to akcentowanym przez badaczy poznawczych aspektów zaburzeń odżywiania: przetwarzaniu informacji zgodnych ze schematami i oporowi

wobec informacji niezgodnych z nimi). Na unikanie tego schematu wskazywałoby unikanie uwagowe negatywnych bodźców dotyczących jedzenia i ciała, natomiast na jego kompensację – wskazywałyby: orientacja uwagi w kierunku pozytywnych bodźców dotyczących jedzenia i ciała oraz trudność w odangażowaniu uwagi od nich (zob. też: Rieger i in., 1998). Autorka niniejszej pracy wysunęła przypuszczenie, że osoby zdrowe generalnie nie będą posiadały dezadaptacyjnych schematów związanych z jedzeniem i ciałem, a nawet jeśli posiadałyby takowe, będą stosowały inne niż osoby chore metody radzenia sobie z nimi, a mianowicie unikanie i kompensację.

Podstawę hipotezy 3 stanowiły wyniki badań, pokazujące, że osoby z subklinicznymi zaburzeniami odżywiania przejawiają podobne jakościowo (choć mniej nasilone) do tych występujących u pacjentów z zaburzeniami odżywiania błędy uwagi dla bodźców związanych z jedzeniem i ciałem (np. Starzomska, 2017a), u podłoża których leżą analogiczne do tych charakteryzujących osoby chore schematy. Autorka potraktowała grupę osób zdrowych o wysokim nasileniu dążenia do szczupłości i niezadowolenia z ciała jako grupę subkliniczną w odróżnieniu od grupy osób zdrowych, które charakteryzowały niskie poziomy tych dwóch zmiennych. Wysunęła również przypuszczenie, że pierwszą grupę, w przeciwieństwie do drugiej, będzie cechowała podobna tendencyjność uwagi jak ta, która będzie cechować osoby z zaburzeniami odżywiania, czyli orientacja uwagi w kierunku negatywnych bodźców związanych z jedzeniem i ciałem i trudność w odangażowaniu uwagi od nich oraz unikanie pozytywnych bodźców związanych z jedzeniem i ciałem. Autorka, jak w przypadku hipotezy 2, formułując to przypuszczenie, ponownie uwzględniła podział stylów radzenia sobie ze schematami autorstwa Younga (1999) na poddanie się schematowi, unikanie schematu i jego kompensację oraz założyła, że osoby z subklinicznymi zaburzeniami odżywiania będą poddawać się dezadaptacyjnym schematom związanym z jedzeniem i ciałem w przeciwieństwie do osób zdrowych bez subklinicznych zaburzeń odżywiania, prawdopodobnie nieposiadających takich schematów.

Ponadto autorka niniejszej pracy, formułując hipotezy 2 i 3, miała na uwadze stwierdzenie Quimet i in. (2009), którzy uzależniają funkcjonowanie uwagi od różnych czasów prezentacji bodźców podczas eksperymentu, i tak, twierdzą oni, że orientacja uwagi występuje w czasie nie przekraczającym 30 ms, zaangażowanie uwagi – w czasie 30–500 ms, odangażowanie uwagi – w czasie 500–1000 ms i unikanie uwagowe – w czasie przekraczającym 1000 ms.

Wreszcie autorka formułując ostatnią hipotezę oparła się na tych danych z literatury przedmiotu (np. Shafran, Lee, Cooper i in., 2007 oraz dane ze wspomnianych tabel 5 i 6), według których istnieje związek między tendencyjnością uwagi a psychopatologią zaburzeń odżywiania. Chociaż wyniki badań w tym zakresie są niekonkluzywne i trudno jednoznacznie stwierdzić, czy błędy uwagi wpływają

na psychopatologię, czy też psychopatologia uszkadza poznawcze funkcjonowanie, jednak mimo to warto sprawdzić, jak silne są te związki w celu przeprowadzenia w przyszłości pogłębionych analiz, mogących doprowadzić do odkrycia kierunku tej zależności.

Postawiono następujące cztery hipotezy operacyjne:

Hipoteza 1

Czasy reakcji pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i pacjentek z żarłocznością psychiczną na sondy zastępujące negatywne i pozytywne bodźce związane z zaburzeniami odżywiania (z jedzeniem, kształtem ciała, wagą ciała i kompetencjami/samooceną/osiągnięciami) będą różniły się od ich czasów reakcji na sondy zastępujące bodźce kontrolne. Będzie to oznaczało cechującą je tendencyjność uwagi dla negatywnych i pozytywnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania.

Hipoteza 2

Wystąpią różnice między tendencyjnością uwagi u pacjentek z zaburzeniami odżywiania i u osób zdrowych w zakresie negatywnych i pozytywnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania (dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć), w szczególności:

- pacjentki z jadłowstrętem psychicznym i pacjentki z żarłocznością psychiczną będą przejawiały:
 - orientację uwagi ku negatywnym bodźcom dotyczącym jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 17 ms i w czasie 150 ms;
 - trudność w odangażowaniu uwagi od negatywnych bodźców dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 750 ms;
 - uwagowe unikanie pozytywnych bodźców dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 1250 ms.
- zdrowe kobiety będą przejawiały:
 - orientację uwagi ku pozytywnym bodźcom dotyczącym jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 17 ms i w czasie 150 ms;
 - trudność w odangażowaniu uwagi od pozytywnych bodźców dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 750 ms;

- uwagowe unikanie negatywnych bodźców dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 1250 ms.

Hipoteza 3

Wystąpią różnice między tendencyjnością uwagi u zdrowych kobiet z subklinicznymi zaburzeniami odżywiania i u zdrowych kobiet bez subklinicznych zaburzeń odżywiania w zakresie negatywnych i pozytywnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania (dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć), w szczególności.

- zdrowe kobiety z subklinicznymi zaburzeniami odżywiania będą przejawiały:
 - orientację uwagi ku negatywnym bodźcom dotyczącym jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 17 ms i w czasie 150 ms;
 - trudność w odangażowaniu uwagi od negatywnych bodźców dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 750 ms;
 - uwagowe unikanie pozytywnych bodźców dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 1250 ms.
- zdrowe kobiety bez subklinicznych zaburzeń odżywiania będą przejawiały:
 - orientację uwagi ku pozytywnym bodźcom dotyczącym jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 17 ms i w czasie 150 ms;
 - trudność w odangażowaniu uwagi od pozytywnych bodźców dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 750 ms;
 - uwagowe unikanie negatywnych bodźców dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 1250 ms.

Hipoteza 4

U pacjentek z jądłowstrętem psychicznym i u pacjentek z żarłocznością psychiczną będzie istniał dodatni związek między tendencyjnością uwagi dla negatywnych i pozytywnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania (dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć) a psychopatologią zaburzeń odżywiania (wynikami uzyskiwanymi na siedmiu podskalach kwestionariusza EDI).

Osoby badane i przebieg badań

Przebadano 156 osób, 52 pacjentki z jadłowstrętem psychicznym, 52 pacjentki z żarłocznością psychiczną i 52 zdrowe kobiety. Kobiety z zaburzeniami odżywiania spełniały kryteria diagnostyczne zaburzenia odżywiania (jadłowstrętu psychicznego lub żarłoczności psychicznej) zamieszczone DSM-IV-TR (2000) lub w DSM-V (2013). Pacjentki rekrutowano w oddziałach psychiatrycznych w kilku dużych miastach w Polsce. Były to: Oddział Psychiatrii Psychodynamicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, Klinika Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Zaburzeń Odżywiania w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Oddział Diagnostyczno-Obswacyjny Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Oddział Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Oddział Psychiatryczny dla Młodzieży w Józefowie, należący do Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii w Zagórzku koło Warszawy. Ponadto badania kobiet z zaburzeniami odżywiania przeprowadzano wśród pacjentek jednego z prywatnych ośrodków leczenia zaburzeń odżywiania należącego do Fundacji „Drzewo życia” w Maławie pod Rzeszowem oraz wśród pacjentek ośrodków leczenia ambulatoryjnego mieszkających w takich miastach, jak: Gorzów Wielkopolski, Lublin, Piła i Warszawa.

Grupę kontrolną tworzyły dopasowane wiekiem do kobiet z zaburzeniami odżywiania zdrowe kobiety – studentki takich polskich uczelni, jak: Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (studentki psychologii), Wyższa Szkoła Nauk Społecznych im. Ks. Józefa Majki w Mińsku Mazowieckim (studentki socjologii) oraz Wyższa Szkoła Gospodarki Euroregionalnej w Józefowie (studentki pedagogiki i bezpieczeństwa wewnętrznego).

Protokół badania został zaaprobowany przez Komisję ds. Etyki Badań Naukowych Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie (numer ewidencyjny 12-2009/2010) oraz Komisję Etyki i Bioetyki Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (numer ewidencyjny KEIB – 1/2015).

Badania były przeprowadzone w latach 2014–2016. Wszyscy badani wyrazili pisemną zgodę na udział w nich.

Badanie przeprowadzano indywidualnie w pokoju, gdzie nie docierały dźwięki mogące zakłócać przebieg badania. Rozpoczynano je od przedstawienia badanym instrukcji wprowadzającej. Następnie uczestniczki badania proszono o wykonanie zmodyfikowanego zadania komputerowego „dot-probe”. W kolejnym kroku osoby badane miały wypełnić metryczkę zawierającą pytania dotyczące danych socjodemograficznych (wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania), rozpoznania (jedynie w przypadku kobiet z zaburzeniami odżywiania), wzrostu, wagi, czasu trwania choroby oraz przyjmowanych leków. Po uzupełnieniu metryczki badane

kobiety udzielały odpowiedzi na pytania zawarte w pięciu kwestionariuszach typu papier-ołówek: *Kwestionariuszu zaburzeń odżywiania* (EDI), *Skali głodu*, *Inwentarzu depresji* (BDI-II), *Inwentarzu stanu i cechy lęku* (STAI) oraz *Kwestionariuszu aprobaty społecznej* (KAS).

Końcowymi elementami badania były: (1) podziękowanie uczestniczkom za wzięcie udziału w badaniu skierowane przez autorkę, (2) odpowiedź autorki na ewentualne pytania uczestniczek. Zapewniono także badanych o możliwości przekazania im informacji zwrotnej dotyczącej wyników, jakie uzyskały podczas badania, gdyby wyraziły takie życzenie. W wyjątkowych przypadkach (uzasadnionych wyższą koniecznością, najczęściej była to kwestia utrudnionej dostępności osoby badanej w późniejszych: godzinie lub dniu), zadanie „dot-probe” było wykonywane pod koniec badania. Badanie trwało około 1–1,5 godziny.

WYNIKI BADAŃ

Różnice międzygrupowe pod względem zmiennych socjodemograficznych i klinicznych

W celu zbadania różnic międzygrupowych pod względem zmiennych socjodemograficznych i klinicznych, zastosowano serię jednoczynnikowych analiz wariancji ANOVA oraz serię testów ANOVA rang Kruskala-Wallisa, a ponadto wykonano analizę *t*-Studenta dla dwóch prób niezależnych oraz serię testów niezależności Chi-kwadrat. Wielkość efektu obliczano według wzorów podanych przez Tomczaka i Tomczak (2014). Analizy zostały wykonane za pomocą pakietu statystycznego Statistica PL (5.0, 1997). Wyniki analiz pokazujące różnice międzygrupowe pod względem zmiennych socjodemograficznych i klinicznych prezentują tabele 8–11.

Różnice międzygrupowe pod względem zmiennych socjodemograficznych. Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa nie ujawnił różnic między badanymi grupami pod względem wieku ($H[2, N = 156] = 4,08; p = 0,130$). Test niezależności Chi-kwadrat nie ujawnił związku między przynależnością badanych do danej grupy a miejscem zamieszkania ($\chi^2[4] = 2,506; p = 0,643$).

Test niezależności Chi-kwadrat ujawnił związek między przynależnością badanych do danej grupy a wykształceniem ($\chi^2[4] = 26,296; p < 0,001; V \text{ Craméra} = 0,29$). W grupie kobiet z jądłowstrętem psychicznym i w grupie kobiet zdrowych najwięcej było osób z wykształceniem średnim, odpowiednio 24 (46,15%) i 41 (80,39%) osób. W grupie kobiet z żarłocznością psychiczną najwięcej było kobiet z wykształceniem wyższym – 28 (53,85%), chociaż także w grupie kobiet z jądłowstrętem psychicznym było dużo osób z tym wykształceniem (22; 42,31%). Najmniej osób w grupie kobiet z jądłowstrętem psychicznym i w grupie kobiet z żarłocznością psychiczną miało

wykształcenie podstawowe, odpowiednio 6 (11,54%) i 7 (13,46%), przy czym żadna z osób z grupy kobiet zdrowych nie miała takiego wykształcenia.

Test *t*-Studenta dla dwóch prób niezależnych nie ujawnił istotnych statystycznie różnic między długością stażu choroby (mierzoną w latach) u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym ($N = 51$) i u pacjentów z żarłocznością psychiczną ($N = 51$; kolejno: $M = 6,96$; $SD = 5,35$; $M = 8,59$; $SD = 6,63$; $t[100] = -1,37$; $p = 0,174$).

Różnice międzygrupowe pod względem zmiennych klinicznych.

Różnice międzygrupowe pod względem BMI. Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa ujawnił istotne statystycznie różnice międzygrupowe pod względem BMI ($H[2, N = 156] = 83,63$; $p < 0,001$; $\eta^2_H = 0,53$). Pacjentki z jadłowstrętem psychicznym miały niższy wskaźnik BMI (suma rang = 1654) niż pacjentki z żarłocznością psychiczną (suma rang = 5168) i kobiety zdrowe (suma rang = 5424).

Tabela 8

Dane socjodemograficzne i kliniczne. Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA/testu ANOVA rang Kruskala-Wallisa

Zmienna	Pacjentki z jadłowstrętem psychicznym ($N = 52$) $M(SD)$ /suma rang	Pacjentki z żarłocznością psychiczną ($N = 52$) $M(SD)$ /suma rang	Zdrowe kobiety ($N = 52$) $M(SD)$ /suma rang	<i>df</i>	<i>F/H</i>	<i>p</i>	η_p^2/η^2_H
Wiek	4155	4504	3587	2	4,077	0,130	-
BMI	1654 a	5168 b	5424 b	2	83,633	< 0,001	0,533
EDI (Dążenie do bycia szczupłym)	4352,5 a	5500,5 b	2393 c	2	46,734	< 0,001	0,292
EDI (Bulimia)	3023 a	6430,5 b	2792,5 a	2	84,166	< 0,001	0,537
EDI (Niezdowolenie z własnego ciała)	14,19(8,15) a	19,50(7,67) b	10,23(7,65) c	2, 153	18,378	< 0,001	0,194
EDI (Nieefektywność)	4590,5 a	5553,5 b	2102 c	2	59,908	< 0,001	0,378
EDI (Perfekcjonizm)	4557,5 a	5082,5 a	2606 b	2	32,224	< 0,001	0,197
EDI (Nieufność w relacjach międzyludzkich)	4730,5 a	4864 a	2651,5 b	2	29,183	< 0,001	0,178
EDI (Świadomość interoceptywna)	4606 a	5690,5 b	1949,5 c	2	70,033	< 0,001	0,444
EDI (Obawy przed dojrzewaniem)	5014,5 a	4388 a	2843,5 b	2	23,668	< 0,001	0,142
STAI (Łęk-stan)	4882 a	4812,5 a	2551,5 b	2	33,154	< 0,001	0,203
STAI (Łęk-cecha)	57,69(9,78) a	57,88(9,01) a	42,36(8,51) b	2, 153	49,653	< 0,001	0,393
BDI-II (Depresja)	29,79(14,67) a	30,75(12,16) a	9,90(7,76) b	2, 153	51,028	< 0,001	0,400

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Zmienna	Pacjentki z jadłowstrętem psychicznym (N = 52) M(SD)/suma rang	Pacjentki z żarłocznością psychiczną (N = 52) M(SD)/suma rang	Zdrowe kobiety (N = 52) M(SD)/suma rang	df	F/H	p	η_p^2/η^2_H
KAS (Zapotrzebowanie na aprobatę społeczną)	13,23(5,67) a	10,71(4,91) b	14,94(4,29) a	2, 153	9,466	< 0,001	0,110
Czas, jaki minął od ostatniego posiłku (ha)	3100 a	4492 b	4654 b	2	13,967	0,001	0,078
Czas, jaki pozostał do następnego posiłku (ha)	3894	3786	4101	2	0,986	0,611	-
Subiektywnie odczuwany głód	3610,5	4587,5	4048	2	4,798	0,091	-
Ilość ulubionej potrawy, jaką badany byłby w stanie zjeść	3287,5 a	4735,5 b	4223 b	2	10,457	0,005	0,055

Adnotacja. Grupy różnią się średnimi, jeśli znajdują się przy średnich różne litery (a, b, c); jeśli dla danej zmiennej przy średnich nie ma żadnej litery, oznacza to, że między trzema grupami nie występują istotne statystycznie różnice.

EDI – *Kwestionariusz zaburzeń odżywiania*; BDI-II – *Inwentarz depresji*; STAI – *Inwentarz stanu i cechyleku*; KAS – *Kwestionariusz aprobaty społecznej*.

Tabela 9

Dane dotyczące miejsca zamieszkania – wyniki testu niezależności Chi-kwadrat

Zmienna	Pacjentki z jadłowstrętem psychicznym (N = 52)	Pacjentki z żarłocznością psychiczną (N = 52)	Zdrowe kobiety (N = 49)	df	χ^2	p
Duże miasto	31 (59,62%)	29 (55,77%)	24 (48,98%)	4	2,506	0,643
Małe miasto	11 (21,15%)	16 (30,77%)	16 (32,65%)			
Wieś	10 (19,23%)	7 (13,46%)	9 (18,37%)			

Tabela 10

Dane dotyczące wykształcenia – wyniki testu niezależności Chi-kwadrat

Zmienna	Pacjentki z jadłowstrętem psychicznym (N = 52)	Pacjentki z żarłocznością psychiczną (N = 52)	Zdrowe kobiety (N = 51)	df	χ^2	p	V Craméra
Wykształcenie podstawowe	6 (11,54%)	7 (13,46%)	0 (0%)	4	26,296	< 0,001	0,29
Wykształcenie średnie	24 (46,15%)	17 (32,69%)	41 (80,39%)				
Wykształcenie wyższe	22 (42,31%)	28 (53,85%)	10 (19,61%)				

Tabela 11

Dane dotyczące przyjmowanych przez pacjentów leków psychotropowych – wyniki testu niezależności Chi-kwadrat

Leki psychotropowe	Pacjentki z jadłowstrętem psychicznym (N = 52)	Pacjentki z żarłocznością psychiczną (N = 52)	df	χ^2	p
Antydepresanty	17 (32,69%)	18 (34,62%)	6	4,781	0,572
Neuroleptyki	2 (3,85%)	1 (1,92%)			
Neuroleptyki i antydepresanty	5 (9,62%)	2 (3,85%)			
Anksjolityki	2 (3,85%)	1 (1,92%)			
Antydepresanty i anksjolityki	1 (1,92%)	4 (7,69%)			
Antydepresanty, neuroleptyki i anksjolityki	0 (0%)	1 (1,92%)			
Nie przyjmowanie leków	25 (48,08%)	25 (48,08%)			

Różnice międzygrupowe pod względem wyników uzyskiwanych w zakresie psychopatologii zaburzeń odżywiania w podskalach Kwestionariusza zaburzeń odżywiania (EDI). Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa ujawnił istotne statystycznie różnice między wszystkimi trzema badanymi grupami pod względem Dążenia do bycia szczupłym ($H[2, N = 156] = 46,73; p < 0,001; \eta^2_H = 0,29$). Najwyższe wyniki w zakresie tej zmiennej uzyskały pacjentki z żarłocznością psychiczną (suma rang = 5500,5), nieco niższe – pacjentki z jadłowstrętem psychicznym (suma rang = 4352,5) i najniższe – kobiety zdrowe (suma rang = 2393).

Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa ujawnił istotne statystycznie różnice międzygrupowe pod względem Bulimii ($H[2, N = 156] = 84,17; p < 0,001; \eta^2_H = 0,54$). Grupa kobiet z żarłocznością psychiczną uzyskała istotnie wyższe wyniki w zakresie tej zmiennej (suma rang = 6430,5) niż dwie pozostałe grupy: kobiet z jadłowstrętem psychicznym (suma rang = 3023) i kobiet zdrowych (suma rang = 2792,5).

Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA ujawniła istotne statystycznie różnice między wszystkimi trzema badanymi grupami w zakresie Niezadowolenia z własnego ciała ($F[2, 153] = 18,38; p < 0,001; \eta_p^2 = 0,19$). Najwyższe wyniki w zakresie tej zmiennej uzyskały pacjentki z żarłocznością psychiczną ($M = 19,50; SD = 7,67$), nieco niższe – pacjentki z jadłowstrętem psychicznym ($M = 14,19; SD = 8,15$) i najniższe – kobiety zdrowe ($M = 10,23; SD = 7,65$).

Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa ujawnił istotne statystycznie różnice między wszystkimi trzema badanymi grupami w zakresie Niefektywności ($H[2, N = 156] = 59,91; p < 0,001; \eta^2_H = 0,38$). Najwyższe wyniki w zakresie tej zmiennej uzyskały pacjentki z żarłocznością psychiczną (suma rang = 5553,5), nieco niższe – pacjentki

z jądłowstrętem psychicznym (suma rang = 4590,5) i najniższe – kobiety zdrowe (suma rang = 2102).

Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa ujawnił istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie Perfekcjonizmu ($H[2, N = 156] = 32,22; p < 0,001; \eta^2_H = 0,20$). Grupa kobiet z jądłowstrętem psychicznym i grupa kobiet z żarłocznością psychiczną uzyskały istotnie wyższe wyniki w zakresie tej zmiennej (odpowiednio: suma rang = 4557,5; 5082,5) niż grupa kobiet zdrowych (suma rang = 2606).

Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa ujawnił istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie Nieufności w relacjach międzyludzkich ($H[2, N = 156] = 29,18; p < 0,001; \eta^2_H = 0,18$). Grupa kobiet z jądłowstrętem psychicznym i grupa kobiet z żarłocznością psychiczną uzyskały istotnie wyższe wyniki w zakresie tej zmiennej (odpowiednio: suma rang = 4730,5; 4864) niż grupa kobiet zdrowych (suma rang = 2651,5).

Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa ujawnił istotne statystycznie różnice między wszystkimi trzema badanymi grupami w zakresie Świadomości interoceptywnej ($H[2, N = 156] = 70,033; p < 0,001; \eta^2_H = 0,44$). Najwyższe wyniki w zakresie tej zmiennej uzyskały pacjentki z żarłocznością psychiczną (suma rang = 5690,5), nieco niższe – pacjentki z jądłowstrętem psychicznym (suma rang = 4606) i najniższe – kobiety zdrowe (suma rang = 1949,5).

Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa ujawnił istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie Obaw przed dojrzwaniem ($H[2, N = 156] = 23,67; p < 0,001; \eta^2_H = 0,14$). Grupa kobiet z jądłowstrętem psychicznym i grupa kobiet z żarłocznością psychiczną uzyskały istotnie wyższe wyniki w zakresie tej zmiennej (odpowiednio: suma rang = 5014,5; 4388) niż grupa kobiet zdrowych (suma rang = 2843,5).

Różnice międzygrupowe pod względem lęku (dwie podskale kwestionariusza STAI), depresji (kwestionariusz BDI-II) i zapotrzebowania na aprobatę społeczną (kwestionariusz KAS). Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa ujawnił istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie Lęku-stanu ($H[2, N = 156] = 33,15; p < 0,001; \eta^2_H = 0,20$). Grupa kobiet z jądłowstrętem psychicznym i grupa kobiet z żarłocznością psychiczną uzyskały istotnie wyższe wyniki w zakresie tej zmiennej (odpowiednio: suma rang = 4882; suma rang = 4812,5) niż grupa kobiet zdrowych (suma rang = 2551,5).

Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA ujawniła istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie Lęku-cechy ($F[2, 153] = 49,65; p < 0,001; \eta^2_p = 0,39$). Grupa kobiet z jądłowstrętem psychicznym i grupa kobiet z żarłocznością psychiczną uzyskały istotnie wyższe wyniki w zakresie tej zmiennej (odpowiednio: $M = 57,69; SD = 9,78; M = 57,88; SD = 9,01$) niż grupa kobiet zdrowych ($M = 42,36; SD = 8,51$).

Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA ujawniła istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie Depresji ($F[2, 153] = 51,03; p < 0,001; \eta_p^2 = 0,40$). Grupa kobiet z jadłowstrętem psychicznym i grupa kobiet z żarłocznością psychiczną uzyskały istotnie wyższe wyniki w zakresie tej zmiennej (odpowiednio: $M = 29,79; SD = 14,67; M = 30,75; SD = 12,16$) niż grupa kobiet zdrowych ($M = 9,90; SD = 7,76$).

Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA ujawniła istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie Zapotrzebowania na aprobatę społeczną ($F[2, 153] = 9,47; p < 0,001; \eta_p^2 = 0,11$). Grupa kobiet z jadłowstrętem psychicznym i grupa kobiet zdrowych uzyskały istotnie wyższe wyniki w zakresie tej zmiennej (odpowiednio: $M = 13,23; SD = 5,67; M = 14,94; SD = 4,29$) niż grupa kobiet z żarłocznością psychiczną ($M = 10,71; SD = 4,91$).

Różnice międzygrupowe pod względem wyników uzyskiwanych na Skali głodu. Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa ujawnił istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie Czasu, jaki minął od ostatniego posiłku ($H[2, N = 156] = 13,97; p = 0,001; \eta_H^2 = 0,08$). Grupa kobiet z żarłocznością psychiczną i grupa kobiet zdrowych uzyskały istotnie wyższe wyniki w zakresie tej zmiennej (odpowiednio: suma rang = 4492; suma rang = 4654) niż grupa kobiet z jadłowstrętem psychicznym (suma rang = 3100). Wielkość efektu wskazuje na bardzo małe różnice międzygrupowe w zakresie tej zmiennej.

Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa nie ujawnił istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami pod względem Czasu, jaki pozostał do następnego posiłku ($H[2, N = 153] = 0,99; p = 0,611$).

Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa nie ujawnił istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami pod względem Subiektywnie odczuwanego głodu ($H[2, N = 156] = 4,80; p = 0,091$).

Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa ujawnił istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie Ilości ulubionej potrawy, jaką badany byłby w stanie zjeść ($H[2, N = 156] = 10,46; p = 0,005; \eta_H^2 = 0,06$). Grupa kobiet z jadłowstrętem psychicznym uzyskała istotnie niższe wyniki w zakresie tej zmiennej (suma rang = 3287,5) niż grupa kobiet z żarłocznością psychiczną i grupa kobiet zdrowych (odpowiednio: suma rang = 4735,5; suma rang = 4223).

Różnice między grupą pacjentów z jadłowstrętem psychicznym i grupą pacjentów z żarłocznością psychiczną pod względem przyjmowanych leków psychotropowych. Test niezależności Chi-kwadrat nie ujawnił związku między przynależnością badanych do danej grupy a rodzajem przyjmowanych leków psychotropowych ($\chi^2[6] = 4,78; p = 0,57$). Warto podkreślić, że najwięcej badanych (z każdej

z dwóch grup), po 25 osób (48,08%) nie przyjmowało leków, a wśród osób przyjmujących leki, najwięcej osób z grupy kobiet z jądłowstrętem psychicznym i z grupy kobiet z żarłocznością psychiczną, przyjmowało antydepresanty, kolejno: 17 (32,69%) i 18 (34,62%). Pojedyncze osoby w każdej z dwóch grup przyjmowały neuroleptyki, anksjolityki oraz kombinację: antydepresantów i neuroleptyków, antydepresantów i anksjolityków oraz antydepresantów, neuroleptyków i anksjolityków. Te wyniki pozwalają przypuszczać, że szybkość reakcji podczas wykonywania zadania „dot-probe” nie znajdowała się pod wpływem leków psychotropowych (najczęściej taki wpływ mają neuroleptyki i anksjolityki). Należy dodać, że zmiennej tej nie ujęto w analizie kowariancji ze względu na zbyt dużą liczbę zmiennych, jaką wówczas by ona obejmowała.

Weryfikacja hipotez

Analiza statystyczna przeprowadzona w celu weryfikacji hipotez, została wykonana w oparciu o czasy reakcji (*Reaction Times*, RTs; w omówieniu wyników zamiast terminu czas reakcji będzie stosowany skrót od angielskiego *Reaction Time* – RT) dla reakcji prawidłowych (ponadto w przypadku hipotez 2, 3 i 4, analiza statystyczna opierała się również na wynikach w zakresie tendencyjności uwagi oraz na wynikach uzyskanych w badaniu za pomocą kwestionariuszy typu papier-ołówek). Procent danych odrzuconych ze względu na błędne odpowiedzi wynosił kolejno: dla grupy pacjentek z jądłowstrętem psychicznym – 0,6%, dla grupy pacjentek z żarłocznością psychiczną – 1% i dla grupy zdrowych kobiet – 0,5%. Różnica między trzema badanymi grupami pod względem liczby błędnych odpowiedzi była nieistotna statystycznie ($H[2, N = 156] = 4,40; p = 0,111$). Wzorując się na analizie statystycznej wykonywanej przez Shafran, Lee, Cooper i in. (2007), którzy przeprowadzili analogiczne badania, z dalszych analiz wykluczono RTs poniżej 200 ms i powyżej 2000 ms.

Warto dodać, że tendencyjność uwagi (dane jej dotyczące stanowiły podstawę analiz weryfikujących hipotezy: 2, 3 i 4) obliczano zgodnie ze wzorem, jaki zaproponowali MacLeod i in. (1986; zob. też: Shafran, Lee, Cooper i in., 2007): RTs w reakcji na próby, w których bodziec docelowy i sonda znajdowały się w przeciwnych lokalizacjach (próby niekongruentne) minus RTs w reakcji na próby, w których bodziec docelowy i sonda znajdowały się w tej samej lokalizacji (próby kongruentne). Dodatkowo wartości dotyczące tendencyjności uwagi oznaczały, że badane zareagowały szybciej na sondę, gdy znajdowała się w tej samej lokalizacji, co bodziec znaczący związany z jedzeniem, kształtem ciała, wagą ciała lub kompetencjami/samooceną/osiągnięciami, zaś ujemne wartości dotyczące tendencyjności uwagi oznaczały, że badane

zareagowały wolniej na sondę, gdy znajdowała się w tej samej lokalizacji, co bodziec znaczący związany z jedzeniem, kształtem ciała, wagą ciała lub kompetencjami/samooceną/osiągnięciami. Przyjęto za Kosterem, Crombezem, Verschuere'em i in. (2004), że dodatni znak przy wyniku tendencyjności uwagi dla bodźca znaczącego oznacza orientację w kierunku tego bodźca lub trudność w odangażowaniu uwagi od niego, zaś ujemny znak przy wyniku tendencyjności uwagi dla bodźca znaczącego, oznacza unikanie uwagowe tego bodźca.

W przypadku analiz weryfikujących hipotezy: 1, 2 i 3, ze względu na to, że rozkłady wyników dotyczących czasów reakcji (RTs) oraz rozkłady wyników dotyczących tendencyjności uwagi odbiegały istotnie od rozkładu normalnego (w pierwszym przypadku, rozkłady były silnie dodatnio skośne, zaś w drugim przypadku – generalnie były symetryczne, ale czasem zbyt leptokurtyczne) oraz z tego względu, że w przeciwieństwie do testów *t*, testy ANOVA i ANCOVA nie są odporne na brak normalności rozkładu, przed wykonaniem analiz uzyskane wyniki zostały znormalizowane poprzez zastosowanie transformacji metodą Boxa-Coxa (Box, Cox, 1964) w przypadku RTs oraz, w przypadku tendencyjności uwagi, jej modyfikacji dopuszczającej normalizowanie rozkładów z wartościami ujemnymi (Hawkins, Weisberg, 2017). Zastosowane parametry transformacji to $\lambda = -1$ w przypadku analizy weryfikującej hipotezę pierwszą, $\lambda = 0$ i $\gamma = 90$ w przypadku analizy weryfikującej hipotezę drugą oraz $\lambda = 0$ i $\lambda = 100$ w przypadku analizy weryfikującej hipotezę trzecią. Transformacja została wykonana w środowisku statystycznym R w wersji 3.4.3 (R Core Team, 2017) za pomocą procedur zawartych w pakiecie *car* w wersji 2.1-6 (Fox, Weisberg, 2011). W przypadku analiz statystycznych weryfikujących hipotezę 4, ze względu na to, że rozkłady wyników w zakresie tendencyjności uwagi, jak już wspomniano, nie spełniały warunków rozkładu normalnego, zastosowano nieparametryczny test Spearmana.

Dla analiz weryfikujących hipotezy: 1, 2 i 3 przyjęto poziom istotności statystycznej $\alpha = 0,05$. W tych analizach, w przypadkach, w których było to wskazane, zastosowano korektę za pomocą współczynnika ε Greenhouse-Geissera. Do oceny wielkości efektu (dla istotnych statystycznie wyników) zastosowano rekomendowany obecnie (Olejnik, Algina, 2003) współczynnik η_G^2 . Należy jednak pamiętać, że w przypadku analizy z powtarzanymi pomiarami η_G^2 może przyjmować relatywnie niskie wartości, gdyż obejmuje również zmienność międzyosobową. Warto podkreślić, że analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami była wykonywana tylko na zbiorze osób z kompletem obserwacji. W przypadku ich braku dla danej osoby, była ona wyłączana z dalszych analiz.

Dodatkowo, w celu identyfikacji typów tendencyjności uwagi, pomocnej w weryfikacji hipotez: 2 i 3 (oraz w interpretacji hipotez 2, 3 i 4), zastosowano metodę,

którą zaproponowali Koster, Crombez, Verschuere i in. (2004). Dla przejrzystości, ich propozycja zostanie ponownie przywołana w tym miejscu pracy. Badacze zaproponowali dwie metody analizowania danych uzyskanych dzięki odpowiednio zmodyfikowanemu przez nich zadaniu „dot-probe”: porównanie czasów reakcji w próbach kongruentnych i niekongruentnych oraz porównanie czasów reakcji w próbach zawierających dwa bodźce neutralne i czasów reakcji w próbach, które zawierały jeden bodziec neutralny i jeden bodziec zagrażający (próby kongruentne lub próby niekongruentne). Pierwsze porównanie umożliwia sprawdzenie, czy uwaga badanego koncentruje się na zagrożeniu (dodatni wynik wynikający z odejmowania czasów reakcji w próbach kongruentnych od czasów reakcji w próbach niekongruentnych), czy też badany unika go (ujemny wynik wynikający z odejmowania czasów reakcji w próbach kongruentnych od czasów reakcji w próbach niekongruentnych). Drugie porównanie umożliwia sprawdzenie, czy dodatni wynik wynikający z odejmowania czasów reakcji w próbach kongruentnych od czasów reakcji w próbach niekongruentnych odzwierciedla czujność w zakresie zagrożenia (innymi słowy, orientację w kierunku zagrożenia), czy trudność w odangażowaniu uwagi od zagrożenia. Czujność powinna prowadzić do szybszych odpowiedzi w próbach kongruentnych w porównaniu z próbami neutralnymi (różnica czasów powstała z odjęcia czasów reakcji w próbach neutralnych od czasów reakcji w próbach kongruentnych powinna być ujemna), zaś trudność w odangażowaniu uwagi od zagrożenia powinna prowadzić do wolniejszych odpowiedzi w próbach niekongruentnych w porównaniu z próbami neutralnymi (różnica powstała z odjęcia czasów reakcji w próbach neutralnych od czasów reakcji w próbach niekongruentnych powinna być dodatnia). W tym ostatnim przypadku opóźnienie w odpowiedziach niekongruentnych wynika z dodatkowego czasu potrzebnego do przesunięcia uwagi z zagrażającej do neutralnej lokalizacji (Koster, Crombez, Verschuere i in., 2004; Koster, Crombez, Verschuere, De Houwer, 2006).

Analizy weryfikujące hipotezy: 1, 2, 3 zostały przeprowadzone w środowisku statystycznym R w wersji 3.4.3 (R Core Team, 2014). Ponadto analiza wariancji z powtórzonymi pomiarami (weryfikująca hipotezę 1) wykonana została za pomocą pakietu *ez* w wersji 4.4-0 (Lawrence, 2016). Analizy weryfikujące hipotezy: 2 – jej część dotyczącą identyfikacji typów tendencyjności uwagi – oraz 4 wykonano za pomocą pakietu statystycznego Statistica PL (wersja 5.0, 1997).

Weryfikacja hipotezy 1. W celu weryfikacji hipotezy 1 zbadano związek takich czynników, jak: pozycja sondy i walencja bodźców oraz związek ich interakcji z RTs. Należy dodać, że RTs badano odrębnie dla każdej z trzech badanych grup (pacjentelek z jądłowstrętem psychicznym pacjentem z żarłocznością psychiczną i zdrowych kobiet)

i odrębnie dla każdego z czterech czasów prezentacji bodźców (1250 ms, 750 ms, 150 ms, 17 ms), przy czym rozpatrywano bodźce związane z jedzeniem, z kształtem ciała, z wagą ciała oraz z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami.

W trzech badanych grupach RTs, odrębnie dla każdego z czterech czasów prezentacji (1250 ms, 750 ms, 150 ms, 17 ms), poddano obróbce statystycznej za pomocą serii analiz wariancji z powtarzanymi pomiarami (*repeated measures ANOVA*) w układzie 3 (walencja – pozytywna, negatywna, neutralna) x 2 (pozycja sondy: w lokalizacji bodźca docelowego – próba kongruentna, w lokalizacji przeciwstawnej wobec bodźca docelowego – próba niekongruentna), które w przypadku istotnych statystycznie efektów były uzupełniane o porównania za pomocą testu *t*-Studenta dla prób zależnych.

Poniżej przedstawiono wyniki analiz z podziałem na typ bodźców dla poszczególnych grup w formie opisu oraz czterech tabel (tabele: 12–15). Ponadto w przypadku istotnych statystycznie efektów interakcji w grupach klinicznych zaprezentowano wykresy (rysunki: 14–17).

Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami dla bodźców związanych z jedzeniem w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz zdrowych kobiet.

Grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym. Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 51$) ujawniła istotny statystycznie efekt główny pozycji sondy ($F[1, 50] = 6,49$; $p = 0,014$; $\eta^2_G = 0,01$). Badane reagowały wolniej na sondę, kiedy pokazywała się ona w miejscu fotografii związanej z jedzeniem ($M = 465,01$; $SD = 128,56$), niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej ($M = 448,58$; $SD = 107,88$). Analiza nie wykazała istotnego statystycznie efektu głównego walencji ($F[2, 100] = 0,31$; $p = 0,734$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 100] = 2,24$; $p = 0,112$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 48$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 47] = 0,001$; $p = 0,981$ i $F[2, 94] = 0,18$; $p = 0,838$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 94] = 1,46$; $p = 0,238$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 48$) ujawniła istotny statystycznie efekt główny walencji ($F[2, 94] = 4,16$; $p = 0,019$; $\eta^2_G = 0,01$). Badane reagowały wolniej na bodźce pozytywne ($M = 527,20$; $SD = 181,19$) niż na bodźce negatywne ($M = 514,53$; $SD = 113,06$) i bodźce neutralne ($M = 512,58$; $SD = 163,47$). Analiza

nie wykazała istotnego statystycznie efektu głównego pozycji sondy ($F[1, 47] = 1,93$; $p = 0,172$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 94] = 0,95$; $\epsilon = 0,87$; $p = 0,381$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 50$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 49] = 0,92$; $p = 0,343$ i $F[2, 98] = 1,01$; $p = 0,370$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 98] = 0,05$; $p = 0,951$).

Grupa pacjentek z żarłocznością psychiczną. Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 45$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 44] = 0,01$; $p = 0,930$ i $F[2, 88] = 2,05$; $p = 0,134$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 88] = 0,15$; $p = 0,864$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 48$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 47] = 0,26$; $p = 0,612$ i $F[2, 94] = 0,96$; $\epsilon = 0,87$; $p = 0,387$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 94] = 0,66$; $p = 0,522$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 48$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 47] = 1,05$; $p = 0,310$ i $F[2, 94] = 0,74$; $p = 0,481$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 94] = 1,13$; $p = 0,327$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 51$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 50] = 3,03$; $p = 0,088$ i $F[2, 100] = 0,19$; $p = 0,826$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 100] = 0,23$; $\epsilon = 0,85$; $p = 0,759$).

Grupa zdrowych kobiet. Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 50$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 49] = 2,98$; $p = 0,091$ i $F[2, 98] = 2,39$; $\epsilon = 0,86$; $p = 0,105$). Analiza wykazała istotny statystycznie efekt interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 98] = 5,52$; $p = 0,005$; $\eta^2 = 0,02$). Test *t*-Studenta dla prób zależnych wykazał, że w przypadku bodźców pozytywnych badane reagowały wolniej na sondę, gdy pokazywała się w tej

samej lokalizacji, co fotografia związana z jedzeniem ($M = 442,86$; $SD = 75,03$), niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej ($M = 406,98$; $SD = 91,23$; $t[49] = 3,28$; $p = 0,002$; $d = 0,46$). Takiej różnicy nie wykazano w przypadku bodźców negatywnych ($t[49] = 1,17$; $p = 0,247$) i bodźców neutralnych ($t[49] = 0,84$; $p = 0,405$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 50$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 49] = 0,16$; $p = 0,692$ i $F[2, 98] = 0,79$; $p = 0,46$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 98] = 1,32$; $p = 0,271$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms ($N = 51$) analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 50] = 0,19$; $p = 0,664$ i $F[2, 100] = 1,54$; $p = 0,219$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 100] = 0,06$; $p = 0,941$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms ($N = 52$) analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 51] = 0,08$; $p = 0,775$ i $F[2, 102] = 1,02$; $p = 0,366$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 102] = 1,77$; $p = 0,176$).

Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami dla bodźców związanych z kształtem ciała w grupach: pacjentek z jądłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych.

Grupa pacjentek z jądłowstrętem psychicznym. Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 49$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 48] = 0,27$; $p = 0,697$ i $F[2, 96] = 0,24$; $p = 0,788$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 96] = 0,44$; $p = 0,643$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 48$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 47] = 2,34$; $p = 0,132$ i $F[2, 94] = 2,80$; $p = 0,066$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 94] = 0,46$; $p = 0,636$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 50$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 49] = 0,01$; $p = 0,932$ i $F[2, 98] = 0,54$; $p = 0,586$). Analiza wykazała istotny statystycznie efekt

interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 98] = 4,79; p = 0,010; \eta_G^2 = 0,013$). Test t -Studenta dla prób zależnych wykazał, że w przypadku bodźców pozytywnych badane reagowały wolniej na sondę, gdy pokazywała się w tej samej lokalizacji, co fotografia związana z kształtem ciała ($M = 551,43; SD = 205,08$), niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej ($M = 490,91; SD = 124,31; t[49] = 2,42; p = 0,019; d = 0,34$). Takiej różnicy nie wykazano w przypadku bodźców negatywnych ($t[49] = 0,73; p = 0,468$) i bodźców neutralnych ($t[49] = 1,77; p = 0,082$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 51$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 50] = 1,33; p = 0,255$ i $F[2, 100] = 0,78; p = 0,461$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 100] = 0,003; p = 0,997$).

Grupa pacjentek z żarłoczością psychiczną. Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 46$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 45] = 3,67; p = 0,062$ i $F[2, 90] = 2,80; p = 0,066$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 90] = 1,58; p = 0,211$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 47$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 46] = 3,60; p = 0,064$ i $F[2, 92] = 0,14; p = 0,871$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 92] = 0,79; p = 0,458$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 50$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 49] = 0,26; p = 0,616$ i $F[2, 98] = 0,04; p = 0,958$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 98] = 0,69; p = 0,503$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 48$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 47] = 0,16; p = 0,692$ i $F[2, 94] = 0,29; \epsilon = 0,83; p = 0,711$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 94] = 0,87; p = 0,421$).

Grupa zdrowych kobiet. Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms, analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 49$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji

(odpowiednio: $F[1, 48] = 0,22$; $p = 0,640$ i $F[2, 96] = 2,80$; $p = 0,066$). Analiza wykazała istotny statystycznie efekt interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 96] = 5,76$; $p = 0,004$; $\eta_G^2 = 0,02$). Test t -Studenta dla prób zależnych wykazał, że w przypadku bodźców neutralnych badane reagowały wolniej na sondę, gdy pokazywała się w tej samej lokalizacji, co fotografia związana z kształtem ciała ($M = 450,89$; $SD = 62,42$), niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej ($M = 417,79$; $SD = 73,69$; $t[48] = 3,51$; $p < 0,001$; $d = 0,50$). Takiej różnicy nie wykazano w przypadku bodźców pozytywnych ($t[48] = 1,60$; $p = 0,117$) i bodźców negatywnych ($t[48] = 0,43$; $p = 0,671$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 50$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 49] = 0,16$; $p = 0,695$ i $F[2, 98] = 0,16$; $p = 0,851$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2,98] = 0,60$; $p = 0,553$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 51$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 50] = 0,83$; $p = 0,367$ i $F[2, 100] = 0,48$; $p = 0,618$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 100] = 0,92$; $p = 0,403$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 50$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 49] = 0,79$; $p = 0,379$ i $F[2, 98] = 0,50$; $\epsilon = 0,83$; $p = 0,574$). Analiza wykazała istotny statystycznie efekt interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 98] = 3,32$; $p = 0,040$; $\eta_G^2 = 0,01$). Test t -Studenta dla prób zależnych wykazał, że w przypadku bodźców negatywnych badane reagowały szybciej na sondę, gdy pokazywała się w tej samej lokalizacji, co fotografia związana z kształtem ciała ($M = 457,39$; $SD = 88,61$), niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej ($M = 487,97$; $SD = 91,73$; $t[49] = 2,16$; $p = 0,036$; $d = 0,31$). Takiej różnicy nie wykazano w przypadku bodźców pozytywnych ($t[49] = 0,51$; $p = 0,614$) i bodźców neutralnych ($t[49] = 1,42$; $p = 0,163$).

Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami dla bodźców związanych z wagą ciała w grupach pacjentek z jądłowstrętą psychiczną, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych.

Grupa pacjentek z jądłowstrętą psychiczną. Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 49$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 48] = 3,58$; $p = 0,064$ i $F[2, 96] = 2,56$; $p = 0,083$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 96] = 1,32$; $p = 0,271$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 44$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 43] = 1,28$; $p = 0,264$ i $F[2, 86] = 0,31$; $p = 0,732$). Analiza wykazała istotny statystycznie efekt interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 86] = 3,13$; $p = 0,049$; $\eta_G^2 = 0,01$). Analiza interakcji ujawniła, że nie wystąpiły istotne statystycznie różnice pod względem RTs podczas reakcji na bodźce o różnej walencji, gdy sonda pokazywała się w tej samej lokalizacji, co fotografia związana z wagą ciała ($F[2, 86] = 0,73$; $p = 0,487$). Natomiast gdy sonda ukazywała się w lokalizacji fotografii kontrolnej, badane reagowały wolniej na sondę, gdy pokazywała się w lokalizacji fotografii kontrolnej o pozytywnej walencji ($M = 470,00$; $SD = 94,62$), niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej o negatywnej walencji ($M = 444,11$; $SD = 98,55$) i neutralnej walencji ($M = 454,05$; $SD = 64,67$; $F[2, 86] = 3,33$; $p = 0,041$; $\eta_G^2 = 0,02$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 49$) wykazała istotny statystycznie efekt główny pozycji sondy. Badane reagowały szybciej na sondę, która pokazywała się w tej samej lokalizacji, co fotografia związana z wagą ciała ($M = 493,03$; $SD = 130,73$), niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej ($M = 513,41$; $SD = 140,70$; $F[1, 48] = 13,02$; $p < 0,001$; $\eta_G^2 = 0,01$). Analiza nie ujawniła istotnego statystycznie efektu głównego walencji ($F[2, 96] = 1,83$; $p = 0,166$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 96] = 0,69$; $p = 0,506$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 51$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 50] = 0,80$; $p = 0,376$ i $F[2, 100] = 0,01$; $p = 0,989$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 100] = 1,38$; $p = 0,256$).

Grupa pacjentek z żarłoczością psychiczną. Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 48$) wykazała istotny statystycznie efekt główny walencji ($F[2, 94] = 3,72$; $p = 0,028$; $\eta_G^2 = 0,01$) oraz istotny statystycznie efekt interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 94] = 5,07$; $p = 0,008$; $\eta_G^2 = 0,02$). Analiza nie ujawniła istotnego statystycznie efektu pozycji sondy ($F[1, 47] = 0,01$; $p = 0,932$). Analiza interakcji ujawniła, że w warunkach prezentacji bodźców o negatywnej walencji badane reagowały wolniej na sondę niż w warunkach prezentacji bodźców o pozytywnej i neutralnej walencji (odpowiednio: $M = 457,65$; $SD = 103,38$; $M = 416,38$; $SD = 103,07$ i $M = 417,35$; $SD = 99,32$), gdy pokazywała się ona w lokalizacji fotografii związanej z wagą ciała ($F[2, 94] = 8,79$; $p < 0,001$; $\eta_G^2 = 0,05$). Analiza nie ujawniła istotnego staty-

stycznie efektu głównego walencji, gdy sonda pokazywała się w lokalizacji fotografii kontrolnej ($F[2, 94] = 0,61; p = 0,548$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 50$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 49] = 3,87; p = 0,055$ i $F[2, 98] = 0,89; p = 0,414$). Analiza wykazała istotny statystycznie efekt interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 98] = 7,05; p = 0,001; \eta_G^2 = 0,02$). Test t -Studenta dla prób zależnych wykazał, że w przypadku bodźców pozytywnych, badane reagowały szybciej na sondę, gdy pokazywała się w tej samej lokalizacji, co fotografia związana z wagą ciała ($M = 426,01; SD = 90,01$), niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej ($M = 471,87; SD = 110,47; t[49] = 3,48; p = 0,001; d = 0,49$). Taką samą zależność odkryto dla bodźców neutralnych: badane reagowały szybciej na sondę, gdy pokazywała się w tej samej lokalizacji, co fotografia związana z wagą ciała ($M = 433,81; SD = 102,78$), niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej ($M = 470,00; SD = 128,02; t[49] = 2,15; p = 0,037; d = 0,30$). Analiza nie ujawniła takiej zależności dla bodźców negatywnych ($t[49] = 1,68; p = 0,099$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 49$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 48] = 2,30; p = 0,136$ i $F[2, 96] = 1,89; p = 0,156$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 96] = 0,13; p = 0,883$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 51$) wykazała istotny statystycznie efekt główny walencji. Badane reagowały najszybciej na pozytywne bodźce związane z wagą ciała i najwolniej – na negatywne bodźce związane z wagą ciała, zaś RTs dla bodźców neutralnych lokowały się między tymi dwoma krańcami (odpowiednio: $M = 466,62; SD = 119,76; M = 504,86; SD = 146,09$ i $M = 486,35; SD = 120,39; F[2, 100] = 4,28; p = 0,016; \eta_G^2 = 0,02$). Analiza nie ujawniła statystycznie istotnego efektu głównego pozycji sondy ($F[1, 50] = 2,88; p = 0,096$) oraz statystycznie istotnego efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 100] = 0,55; \epsilon = 0,89; p = 0,579$).

Grupa zdrowych kobiet. Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 48$) wykazała istotny statystycznie efekt główny walencji. Badane reagowały wolniej na bodźce negatywne ($M = 441,22; SD = 91,23$) niż na bodźce pozytywne ($M = 421,25; SD = 71,91$) i neutralne ($M = 418,98; SD = 87,18; F[2, 94] = 6,49; p = 0,002; \eta_G^2 = 0,02$). Analiza nie ujawniła istotnego statystycznie efektu głównego pozycji sondy ($F[1,$

47] = 0,10; $p = 0,757$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 94] = 2,66$; $p = 0,075$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 52$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 51] = 0,01$; $p = 0,934$ i $F[2, 102] = 1,72$; $p = 0,185$). Analiza wykazała istotny statystycznie efekt interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 102] = 5,95$; $p = 0,004$; $\eta_G^2 = 0,03$). Test t -Studenta dla prób zależnych wykazał, że w przypadku bodźców negatywnych badane reagowały wolniej na sondę, gdy pokazywała się w tej samej lokalizacji, co fotografia związana z wagą ciała ($M = 458,00$; $SD = 88,12$), niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej ($M = 417,80$; $SD = 83,46$; $t[51] = 3,24$; $p = 0,002$; $d = 0,45$). Takiej różnicy nie wykazano w przypadku bodźców pozytywnych ($t[51] = 0,94$; $p = 0,351$) i bodźców neutralnych ($t[51] = 1,62$; $p = 0,111$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 51$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 50] = 0,001$; $p = 0,969$ i $F[2, 100] = 1,47$; $p = 0,235$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 100] = 0,57$; $\epsilon = 0,83$; $p = 0,54$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms, analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 50$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 49] = 1,07$; $p = 0,307$ i $F[2, 98] = 1,88$; $p = 0,157$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 98] = 0,32$; $p = 0,724$).

Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami dla bodźców związanych z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami w grupach: pacjentek z jądłowstrętem psychicznym, z żarłoczością psychiczną oraz kobiet zdrowych.

Grupa pacjentek z jądłowstrętem psychicznym. Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 52$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 51] = 0,38$; $p = 0,539$ i $F[2, 102] = 1,11$; $\epsilon = 0,88$; $p = 0,329$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 102] = 1,48$; $p = 0,232$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 51$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 50] = 0,001$; $p = 0,991$ i $F[2, 100] = 3,05$; $p = 0,052$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 100] = 2,29$; $p = 0,106$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 51$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 50] = 0,58$; $p = 0,449$ i $F[2, 100] = 1,18$; $p = 0,311$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 100] = 0,89$; $p = 0,415$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 51$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 50] = 2,96$; $p = 0,091$ i $F[2, 100] = 1,34$; $p = 0,268$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 100] = 0,36$; $p = 0,701$).

Grupa pacjentek z żarłocznością psychiczną. Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 47$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 46] = 0,12$; $p = 0,733$ i $F[2, 92] = 0,39$; $p = 0,679$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 92] = 0,20$; $p = 0,817$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 49$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 48] = 2,23$; $p = 0,142$ i $F[2, 96] = 0,58$; $p = 0,562$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 96] = 1,70$; $p = 0,188$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 52$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 51] = 0,52$; $p = 0,475$ i $F[2, 102] = 0,15$; $p = 0,859$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 102] = 0,01$; $p = 0,991$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 50$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 49] = 0,04$; $p = 0,843$ i $F[2, 98] = 0,40$; $p = 0,669$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 98] = 0,86$; $p = 0,427$).

Grupa zdrowych kobiet. Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 51$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 50] = 0,09$; $p = 0,762$ i $F[2, 100] = 1,94$; $p = 0,149$). Analiza wykazała istotny statystycznie efekt interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 100] = 4,13$;

$p = 0,019$; $\eta_G^2 = 0,02$). Test t -Studenta dla prób zależnych wykazał, że w przypadku bodźców pozytywnych badane reagowały wolniej na sondę, gdy pokazywała się w tej samej lokalizacji, co fotografia związana z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami ($M = 444,31$; $SD = 71,41$), niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej ($M = 422,89$; $SD = 86,66$; $t[50] = 2,10$; $p = 0,040$; $d = 0,30$). Takiej różnicy nie wykazano w przypadku bodźców negatywnych ($t[50] = 1,27$; $p = 0,201$) i bodźców neutralnych ($t[50] = 1,78$; $p = 0,082$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 49$) wykazała istotny statystycznie efekt główny walencji ($F[2, 96] = 4,10$; $p = 0,020$; $\eta_G^2 = 0,01$) oraz istotny statystycznie efekt interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 96] = 3,46$; $p = 0,036$; $\eta_G^2 = 0,01$). Analiza nie ujawniła istotnego statystycznie efektu pozycji sondy ($F[1, 48] = 0,01$; $p = 0,940$). Analiza interakcji nie ujawniła istotnych statystycznie różnic pod względem RTs, gdy sonda ukazywała się w tej samej lokalizacji, co fotografia związana z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami ($F[2,96] = 0,37$; $p = 0,695$). Kiedy sonda ukazywała się w lokalizacji fotografii kontrolnej, badane reagowały wolniej w warunkach prezentacji bodźców negatywnych niż w warunkach prezentacji bodźców pozytywnych i neutralnych (odpowiednio: $M = 479,87$; $SD = 185,86$; $M = 421,29$; $SD = 67,97$ i $M = 414,29$; $SD = 76,95$; $F[2, 96] = 6,59$; $p = 0,002$; $\eta_G^2 = 0,05$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 51$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 50] = 0,87$; $p = 0,355$ i $F[2, 100] = 0,51$; $p = 0,603$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 100] = 0,64$; $p = 0,532$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami dla zmiennej zależnej RT ($N = 50$) nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: pozycji sondy i walencji (odpowiednio: $F[1, 49] = 0,95$; $p = 0,336$ i $F[2, 98] = 1,06$; $p = 0,350$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji pozycji sondy i walencji ($F[2, 98] = 1,26$; $p = 0,287$).

Tabela 12

Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami dla bodźców związanych z jedzeniem w grupach: pacjentek z jadowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych

Grupa	Czas prezentacji bodźców	Efekt główny – pozycja sondy				Efekt główny – walencja				Efekt interakcji			
		df	F	p	η^2_c	df	F	p	η^2_c	df	F	p	η^2_c
Pacjentki z jadowstrętem psychicznym	1250 ms	1,50	6,49	0,014	0,01	2,100	0,31	0,734	-	2,100	2,24	0,112	-
	750 ms	1,47	0,001	0,981	-	2,94	0,18	0,838	-	2,94	1,46	0,238	-
	150 ms	1,47	1,93	0,172	-	2,94	4,16	0,019	0,01	2,94	0,95	0,381	-
	17 ms	1,49	0,92	0,343	-	2,98	1,01	0,370	-	2,98	0,05	0,951	-
Pacjentki z żarłocznością psychiczną	1250 ms	1,44	0,01	0,930	-	2,88	2,05	0,134	-	2,88	0,15	0,864	-
	750 ms	1,47	0,26	0,612	-	2,94	0,96	0,387	-	2,94	0,66	0,522	-
	150 ms	1,47	1,05	0,310	-	2,94	0,74	0,481	-	2,94	1,13	0,327	-
	17 ms	1,50	3,03	0,088	-	2,100	0,19	0,826	-	2,100	0,23	0,759	-
Zdrowe kobiety	1250 ms	1,49	2,98	0,091	-	2,98	2,39	0,105	-	2,98	5,52	0,005	0,02
	750 ms	1,49	0,16	0,692	-	2,98	0,79	0,455	-	2,98	1,32	0,271	-
	150 ms	1,50	0,19	0,664	-	2,100	1,54	0,219	-	2,100	0,06	0,941	-
	17 ms	1,51	0,08	0,775	-	2,102	1,02	0,366	-	2,102	1,77	0,176	-

Adnotacja do tabel 12–15. Analizy wykonane na rozkładach wyników po transformacji normalizującej. Istotne efekty są pogrubione. Tam, gdzie było to potrzebne, zastosowano korektę ε Greenhouse-Geissera.

Tabela 13

Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami dla bodźców związanych z kształtem ciała w grupach: pacjentek z jadalnictwem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych

Grupa	Czas prezentacji bodźców	Efekt główny – pozycja sondy				Efekt główny – walencja				Efekt interakcji			
		df	F	p	η^2	df	F	p	η^2	df	F	p	η^2
Pacjentki z jadalnictwem psychicznym	1250 ms	1,48	0,27	0,697	-	2,96	0,24	0,788	-	2,96	0,44	0,643	-
	750 ms	1,47	2,34	0,132	-	2,94	2,80	0,066	-	2,94	0,46	0,636	-
	150 ms	1,49	0,01	0,932	-	2,98	0,54	0,586	-	2,98	4,79	0,010	0,01
	17 ms	1,50	1,33	0,255	-	2,100	0,78	0,461	-	2,100	0,003	0,997	-
Pacjentki z żarłocznością psychiczną	1250 ms	1,45	3,67	0,062	-	2,90	2,80	0,066	-	2,90	1,58	0,211	-
	750 ms	1,46	3,60	0,064	-	2,92	0,14	0,871	-	2,92	0,79	0,458	-
	150 ms	1,49	0,26	0,616	-	2,98	0,04	0,958	-	2,98	0,69	0,503	-
	17 ms	1,47	0,16	0,692	-	2,94	0,29	0,711	-	2,94	0,87	0,421	-
Zdrowe kobiety	1250 ms	1,48	0,22	0,640	-	2,96	2,80	0,066	-	2,96	5,76	0,004	0,02
	750 ms	1,49	0,16	0,695	-	2,98	0,16	0,851	-	2,98	0,60	0,553	-
	150 ms	1,50	0,83	0,367	-	2,100	0,48	0,618	-	2,100	0,92	0,403	-
	17 ms	1,49	0,79	0,379	-	2,98	0,50	0,574	-	2,98	3,32	0,040	0,01

Tabela 14

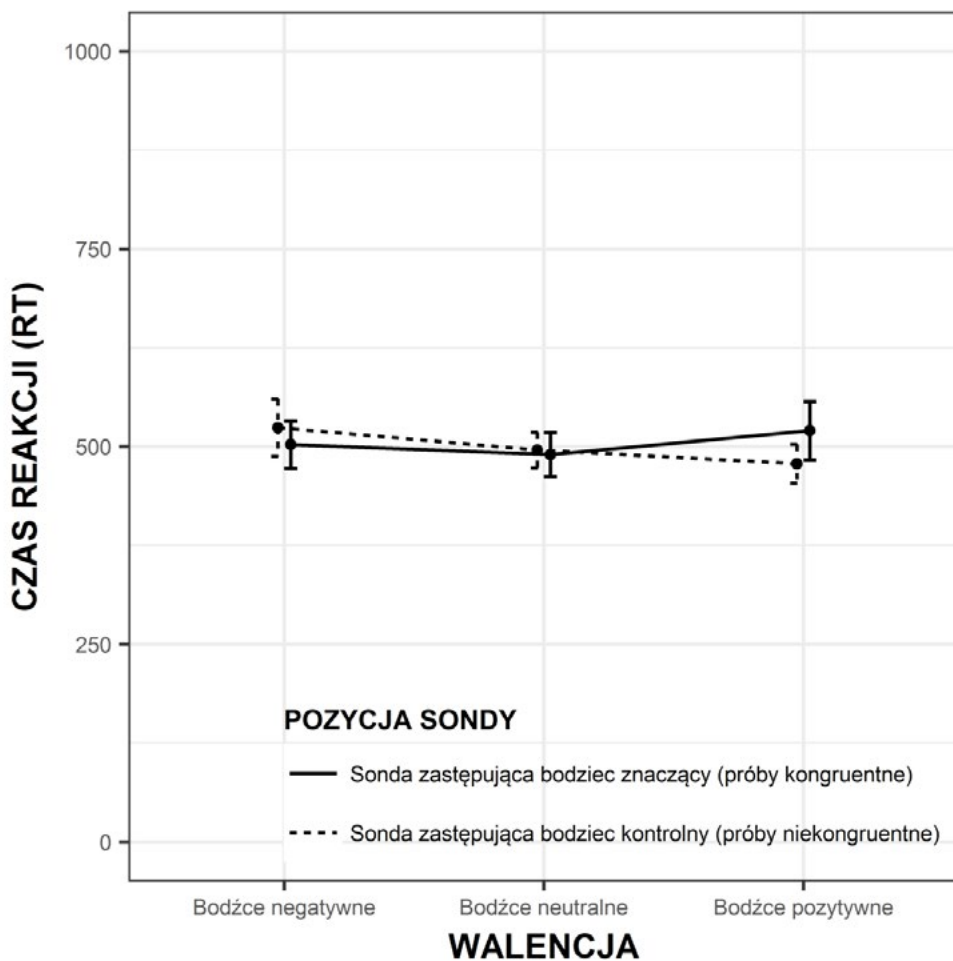
Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami dla bodźców związanych z wagą ciała w grupach: pacjentek z jadowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych

Grupa	Czas prezentacji bodźców	Efekt główny – pozycja sondy				Efekt główny – walencja				Efekt interakcji			
		df	F	p	η^2_p	df	F	p	η^2_p	df	F	p	η^2_p
Pacjentki z jadowstrętem psychicznym	1250 ms	1, 48	3,58	0,064	-	2, 96	2,56	0,083	-	2, 96	1,32	0,271	-
	750 ms	1, 43	1,28	0,264	-	2, 86	0,31	0,732	-	2, 86	3,13	0,049	0,01
	150 ms	1, 48	13,02	< 0,001	0,01	2, 96	1,83	0,166	-	2, 96	0,69	0,506	-
	17 ms	1, 50	0,80	0,376	-	2, 100	0,01	0,989	-	2, 100	1,38	0,256	-
Pacjentki z żarłocznością psychiczną	1250 ms	1, 47	0,01	0,932	-	2, 94	3,72	0,028	0,01	2, 94	5,07	0,008	0,02
	750 ms	1, 49	3,87	0,055	-	2, 98	0,89	0,414	-	2, 98	7,05	0,001	0,02
	150 ms	1, 48	2,30	0,136	-	2, 96	1,89	0,156	-	2, 96	0,13	0,883	-
	17 ms	1, 50	2,88	0,096	-	2, 100	4,28	0,016	0,02	2, 100	0,55	0,579	-
Zdrowe kobiety	1250 ms	1, 47	0,10	0,757	-	2, 94	6,49	0,002	0,02	2, 94	2,66	0,075	-
	750 ms	1, 51	0,01	0,934	-	2, 102	1,72	0,185	-	2, 102	5,95	0,004	0,03
	150 ms	1, 50	0,001	0,969	-	2, 100	1,47	0,235	-	2, 100	0,57	0,538	-
	17 ms	1, 49	1,07	0,307	-	2, 98	1,88	0,157	-	2, 98	0,32	0,724	-

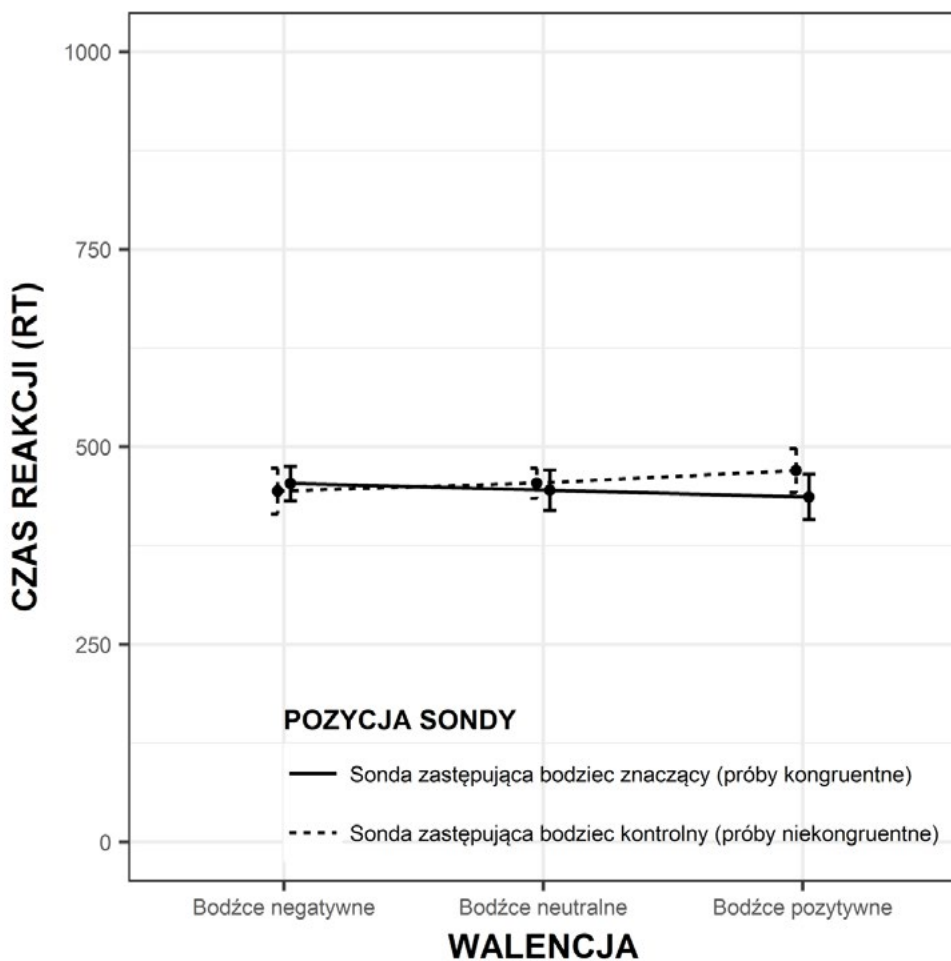
Tabela 15

Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami dla bodźców związanych z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami w grupach: pacjentek z jadowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych

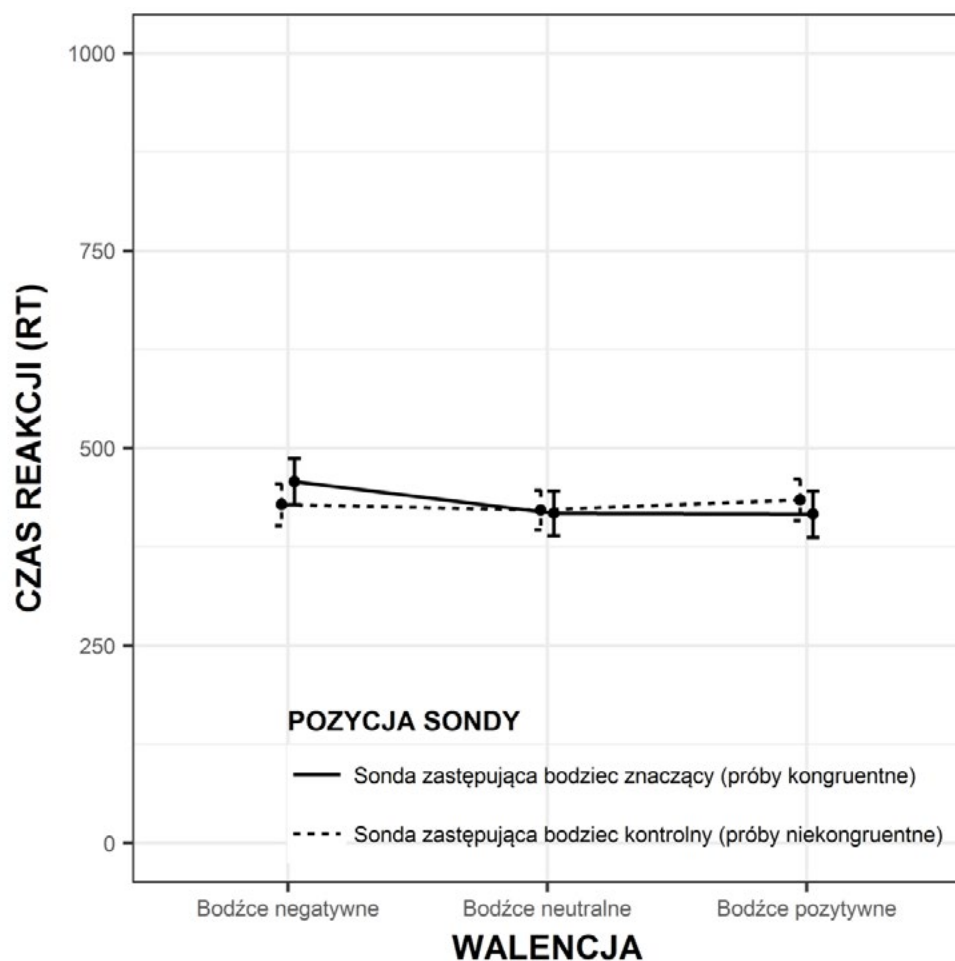
Grupa	Czas prezentacji bodźców	Efekt główny – pozycja sondy				Efekt główny – walencja				Efekt interakcji			
		df	F	P	η^2	df	F	P	η^2	df	F	P	η^2
Pacjentki z jadowstrętem psychicznym	1250 ms	1,51	0,38	0,539	-	2,102	1,11	0,329	-	2,102	1,48	0,232	-
	750 ms	1,50	0,001	0,991	-	2,100	3,05	0,052	-	2,100	2,29	0,106	-
	150 ms	1,50	0,58	0,449	-	2,100	1,18	0,311	-	2,100	0,89	0,415	-
	17 ms	1,50	2,96	0,091	-	2,100	1,34	0,268	-	2,100	0,36	0,701	-
Pacjentki z żarłocznością psychiczną	1250 ms	1,46	0,12	0,733	-	2,92	0,39	0,679	-	2,92	0,20	0,817	-
	750 ms	1,48	2,23	0,142	-	2,96	0,58	0,562	-	2,96	1,70	0,188	-
	150 ms	1,51	0,52	0,475	-	2,102	0,15	0,859	-	2,102	0,01	0,991	-
	17 ms	1,49	0,04	0,843	-	2,98	0,40	0,669	-	2,98	0,86	0,427	-
Zdrowe kobiety	1250 ms	1,50	0,09	0,762	-	2,100	1,94	0,149	-	2,100	4,13	0,019	0,02
	750 ms	1,48	0,01	0,940	-	2,96	4,10	0,020	0,01	2,96	3,46	0,036	0,01
	150 ms	1,50	0,87	0,355	-	2,100	0,51	0,603	-	2,100	0,64	0,532	-
	17 ms	1,49	0,95	0,336	-	2,98	1,06	0,350	-	2,98	1,26	0,287	-



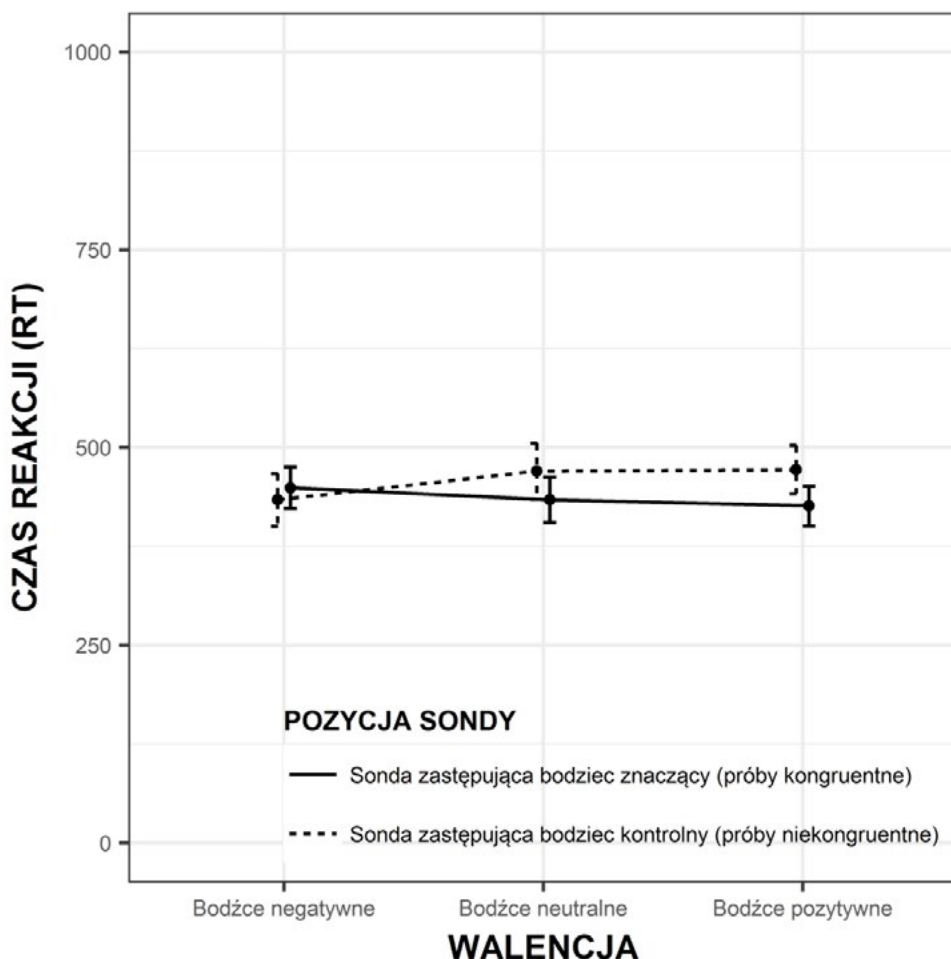
Rysunek 14. Wykres pokazujący efekt interakcji pozycji sondy i walencji dla bodźców związanych z kształtem ciała dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms w grupie pacjentek z jądłowstrętem psychicznym.



Rysunek 15. Wykres pokazujący efekt interakcji pozycji sondy i walencji dla bodźców związanych z wagą ciała dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms w grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym.



Rysunek 16. Wykres pokazujący efekt interakcji pozycji sondy i walencji dla bodźców związanych z wagą ciała dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms w grupie pacjentek z żarłocznością psychiczną.



Rysunek 17. Wykres pokazujący efekt interakcji pozycji sondy i walencji dla bodźców związanych z wagą ciała dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms w grupie pacjentek z żarłocznością psychiczną.

Weryfikacja hipotezy 2. W celu weryfikacji hipotezy 2 porównano tendencyjność uwagi w trzech badanych grupach (a mianowicie w grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, w grupie pacjentek z żarłocznością psychiczną oraz w grupie zdrowych kobiet), kontrolując wiek oraz wyniki w zakresie takich zmiennych, jak: BMI, depresja (wyniki uzyskane w *Inwentarzu depresji* BDI-II), lęk-stan i lęk-cecha (wyniki uzyskane w *Inwentarzu stanu i cechy lęku*, STAI), zapotrzebowanie na aprobatę społeczną (wyniki uzyskane w *Kwestionariuszu aprobaty społecznej*, KAS) oraz subiektywnie odczuwany głód (wyniki uzyskane przez badane w zakresie drugiego itemu ze *Skali głodu*).

Wykonano serię analiz kowariancji w modelu mieszanym (*mixed ANCOVA*) w układzie 3 (walencja – pozytywna, negatywna, neutralna) x 3 (grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, grupa pacjentek z żarłoczością psychiczną i grupa zdrowych kobiet). Kowariantami były takie zmienne, jak: wiek, BMI, depresja, lęk-stan, lęk-cecha, zapotrzebowanie na aprobatę społeczną oraz subiektywnie odczuwany głód.

Dodatkowo, po wykonaniu analiz zbadano, jaki typ tendencyjności uwagi przejawiały badane. W przypadku pozytywnej (tzn. o znaku dodatnim) tendencyjności uwagi – była to orientacja uwagi ku bodźcom znaczącym lub trudność w odangażowaniu uwagi od tych bodźców, zaś w przypadku negatywnej (tzn. o znaku ujemnym) tendencyjności uwagi – unikanie bodźców znaczących. W celu identyfikacji typów tendencyjności uwagi, zastosowano metodę, którą zaproponowali Koster, Crombez, Verschuere i in. (2004), która została opisana w podrozdziale *Metody badania tendencyjności uwagi*.

Poniżej przedstawiono wyniki analiz z podziałem na typ bodźców w formie opisu oraz czterech tabel (tabele: 16–19), a ponadto zaprezentowano tabele (20–23) zawierające skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencyjności uwagi (M i SD), z zaznaczonymi istotnymi statystycznie różnicami między grupami klinicznymi (pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i pacjentek z żarłoczością psychiczną) a grupą kontrolną – wyniki planowanych kontrastów. Ponadto w tych ostatnich tabelach podano w nawiasach, jaki typ tendencyjności uwagi przejawiały badane (w szczególności orientację uwagi ku bodźcom znaczącym, trudność w odangażowaniu uwagi od bodźców znaczących, czy unikanie uwagowe bodźców znaczących). Ponadto w przypadku istotnych statystycznie efektów interakcji, zaprezentowano wykresy (rysunki: 18–19).

Wyniki analizy kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z jedzeniem w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłoczością psychiczną oraz kobiet zdrowych. Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi ujawniła istotne statystycznie efekty główne grupy ($F[2, 142] = 5,68; p = 0,004; \eta_G^2 = 0,02$) i walencji ($F[2, 284] = 3,67; p = 0,027; \eta_G^2 = 0,02$), jednak analiza nie ujawniła statystycznie istotnego efektu interakcji grupy i walencji ($F[4, 284] = 2,28; p = 0,061$). Pacjentki z jadłowstrętem psychicznym przejawiały generalnie negatywną tendencyjność uwagi, a kobiety tworzące grupę kontrolną – przejawiały generalnie pozytywną tendencyjność uwagi w porównaniu z grupą pacjentek z żarłoczością psychiczną. Gdy były prezentowane bodźce o pozytywnej walencji – badane przejawiały generalnie negatywną tendencyjność uwagi, a gdy były prezentowane bodźce o negatywnej walencji – przejawiały one generalnie pozy-

tywną tendencyjność uwagi w porównaniu do warunków, w których prezentowano bodźce neutralne.

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: grupy ($F[2, 143] = 0,80; p = 0,453$) i walencji ($F[2, 286] = 1,11; p = 0,330$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[4, 286] = 1,09; p = 0,360$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[2, 144] = 1,73; p = 0,180$) i walencji ($F[2, 288] = 1,66; p = 0,191$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[4, 288] = 0,19; p = 0,944$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: grupy ($F[2, 150] = 1,29; p = 0,279$) i walencji ($F[2, 300] = 0,74; \epsilon = 0,96; p = 0,479$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[4, 300] = 0,51; \epsilon = 0,96; p = 0,726$).

Wyniki analizy kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z kształtem ciała w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłoczością psychiczną oraz kobiet zdrowych.

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[2, 140] = 0,53; p = 0,590$) i walencji ($F[2, 280] = 0,65; p = 0,523$). Analiza ujawniła istotny statystycznie efekt interakcji grupy i walencji ($F[4, 280] = 2,60; p = 0,036; \eta_G^2 = 0,02$). Po tej analizie wykonano testy jednoczynnikowe i planowane kontrasty (grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym vs. grupa zdrowych kobiet; grupa pacjentek z żarłoczością psychiczną vs. grupa zdrowych kobiet) dla wyników w zakresie tendencyjności uwagi dla pozytywnych, negatywnych i neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała. Wyniki tych testów wykazały, że w przypadku bodźców pozytywnych pacjentki z jadłowstrętem psychicznym przejawiały negatywną tendencyjność uwagi i różniły się istotnie od zdrowych kobiet z grupy kontrolnej, które cechowała pozytywna tendencyjność uwagi ($p = 0,022$). W przypadku bodźców neutralnych – pacjentki z jadłowstrętem psychicznym przejawiały pozytywną tendencyjność uwagi i różniły się istotnie od kobiet z grupy kontrolnej, które cechowała negatywna tendencyjność uwagi ($p = 0,022$). Wyniki tych analiz nie ujawniły różnic międzygrupowych dla bodźców negatywnych.

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnego statystycznie efektu głównego walencji ($F[2, 286] = 2,26; p = 0,107$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[4, 286] = 0,03; p = 0,999$). Analiza wykazała natomiast istotny statystycznie efekt główny grupy ($F[2, 143] = 4,04; p = 0,020; \eta_G^2 = 0,02$): grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym przejawiała generalnie negatywną tendencyjność uwagi, zaś grupa zdrowych kobiet – generalnie pozytywną tendencyjność uwagi w porównaniu z grupą pacjentek z żarłocznością psychiczną.

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[2, 148] = 0,36; p = 0,696$) i walencji ($F[2, 296] = 1,31; p = 0,270$). Analiza ujawniła istotny statystycznie efekt interakcji grupy i walencji ($F[4, 296] = 3,48; p = 0,009; \eta_G^2 = 0,03$). Po tej analizie, wykonano testy jednoczynnikowe i planowane kontrasty (grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym vs. grupa zdrowych kobiet; grupa pacjentek z żarłocznością psychiczną vs. grupa zdrowych kobiet) dla wyników w zakresie tendencyjności uwagi dla pozytywnych, negatywnych i neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała. W przypadku bodźców pozytywnych, pacjentki z jadłowstrętem psychicznym przejawiały istotnie większą tendencyjność uwagi (o znaku ujemnym) niż kobiety z grupy kontrolnej ($p = 0,002$). W przypadku bodźców neutralnych, pacjentki z jadłowstrętem psychicznym przejawiały dodatnią tendencyjność uwagi i różniły się istotnie od kobiet z grupy kontrolnej, które cechowała ujemna tendencyjność uwagi ($p = 0,019$). Analiza nie ujawniła istotnych statystycznie różnic w zakresie bodźców negatywnych.

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: grupy ($F[2, 146] = 1,83; p = 0,164$) i walencji ($F[2, 292] = 0,53; p = 0,592$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[4, 292] = 1,38; p = 0,240$).

Wyniki analizy kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z wagą ciała w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych. Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[2, 142] = 0,31; p = 0,734$) i walencji ($F[2, 284] = 1,96; p = 0,142$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[4, 284] = 1,86; p = 0,118$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi ujawniła statystycznie istotny efekt główny walencji ($F[2, 286] = 12,02; p < 0,001; \eta_G^2 = 0,05$), natomiast nie ujawniła istotnego statystycznie efektu głównego grupy ($F[2, 143] = 0,21; p = 0,815$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[4, 286] = 1,17; p = 0,326$). W przypadku prezentacji bodźców negatywnych analiza ujawniła generalnie ujemną tendencyjność uwagi, zaś w przypadku prezentacji bodźców neutralnych i pozytywnych – generalnie dodatnią tendencyjność uwagi.

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych: grupy ($F[2, 146] = 1,19; p = 0,308$) i walencji ($F[2, 292] = 0,61; p = 0,547$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[4, 292] = 0,40; p = 0,809$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[2, 149] = 0,80; p = 0,450$) i walencji ($F[2, 298] = 0,98; p = 0,377$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[4, 298] = 0,33; p = 0,860$).

Wyniki analizy kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych. Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[2, 147] = 0,77; p = 0,465$) i walencji ($F[2, 294] = 2,63; p = 0,074$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[4, 294] = 0,40; p = 0,807$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi ujawniła istotne statystycznie efekty główne grupy ($F[2, 146] = 4,47; p = 0,013; \eta_G^2 = 0,018$) i walencji ($F[2, 292] = 7,88; p < 0,001; \eta_G^2 = 0,04$), jednak analiza nie ujawniła statystycznie istotnego efektu interakcji grupy i walencji ($F[4, 292] = 0,26; p = 0,903$). Grupa kontrolna przejawiała istotnie większą tendencyjność uwagi (o znaku dodatnim) niż grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i grupa pacjentek z żarłocznością psychiczną, a w przypadku bodźców negatywnych tendencyjność uwagi była większa niż dla bodźców pozytywnych i neutralnych.

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych

statystycznie efektów głównych grupy ($F[2, 151] = 2,16; p = 0,119$) i walencji ($F[2, 302] = 0,14; \epsilon = 0,95; p = 0,869$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[4, 302] = 1,19; \epsilon = 0,95; p = 0,314$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[2, 148] = 0,004; p = 0,996$) i walencji ($F[2, 296] = 1,04; p = 0,355$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[4, 296] = 0,80; p = 0,529$).

Tabela 16

Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z jedzeniem w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych

Czas prezentacji bodźców	Efekt główny – grupa				Efekt główny – walencja				Efekt interakcji			
	df	F	p	η^2	df	F	p	η^2	df	F	p	η^2
1250 ms	2, 142	5,68	0,004	0,02	2, 284	3,67	0,027	0,02	4, 284	2,28	0,061	-
750 ms	2, 143	0,80	0,453	-	2, 286	1,11	0,330	-	4, 286	1,09	0,360	-
150 ms	2, 144	1,73	0,180	-	2, 288	1,66	0,191	-	4, 288	0,19	0,944	-
17 ms	2, 150	1,29	0,279	-	2, 300	0,74	0,479	-	4, 300	0,51	0,726	-

Adnotacja do tabel 16–19. Analizy wykonane na rozkładach wyników po transformacji normalizującej przy uwzględnieniu następujących kowariantów: wiek, BMI, depresja (BDI-II), lęk-stan i lęk-cecha (STAI), zapotrzebowanie na aprobatę społeczną (KAS) i subiektywne odczucie głodu (wyniki uzyskane przez badane w zakresie drugiego itemu ze *Skali głodu*). Istotne efekty są pogrubione. Tam, gdzie było to potrzebne, zastosowano korektę ϵ Greenhouse-Geissera.

Tabela 17

Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z kształtem ciała w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych

Czas prezentacji bodźców	Efekt główny – grupa				Efekt główny – walencja				Efekt interakcji			
	df	F	p	η^2	df	F	p	η^2	df	F	p	η^2
1250 ms	2, 140	0,53	0,590	-	2, 280	0,65	0,523	-	4, 280	2,60	0,036	0,02
750 ms	2, 143	4,04	0,020	0,02	2, 286	2,26	0,107	-	4, 286	0,03	0,999	-
150 ms	2, 148	0,36	0,696	-	2, 296	1,31	0,270	-	4, 296	3,48	0,009	0,03
17 ms	2, 146	1,83	0,164	-	2, 292	0,53	0,592	-	4, 292	1,38	0,240	-

Tabela 18

Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z wagą ciała w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych

Czas prezentacji bodźców	Efekt główny – grupa				Efekt główny – walencja				Efekt interakcji			
	df	F	p	η^2	df	F	p	η^2	df	F	p	η^2
1250 ms	2, 142	0,31	0,734	-	2, 284	1,96	0,142	-	4, 284	1,86	0,118	-
750 ms	2, 143	0,21	0,815	-	2, 286	12,02	< 0,001	0,05	4, 286	1,17	0,326	-
150 ms	2, 146	1,19	0,308	-	2, 292	0,61	0,547	-	4, 292	0,40	0,809	-
17 ms	2, 149	0,80	0,450	-	2, 298	0,98	0,377	-	4, 298	0,33	0,860	-

Tabela 19

Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych

Czas prezentacji bodźców	Efekt główny – grupa				Efekt główny – walencja				Efekt interakcji			
	df	F	p	η^2	df	F	p	η^2	df	F	p	η^2
1250 ms	2, 147	0,77	0,465	-	2, 294	2,63	0,074	-	4, 294	0,40	0,807	-
750 ms	2, 146	4,47	0,013	0,02	2, 292	7,88	< 0,001	0,04	4, 292	0,26	0,903	-
150 ms	2, 151	2,16	0,119	-	2, 302	0,14	0,869	-	4, 302	1,19	0,314	-
17 ms	2, 148	0,004	0,996	-	2, 296	1,04	0,355	-	4, 296	0,80	0,529	-

Tabela 20

Skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencji uwagi (M i SD) – dla czasu prezentacji bodźców 1250 ms dla grup: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych

Bodźce	Grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym	Grupa pacjentek z żarłocznością psychiczną	Grupa zdrowych kobiet
Bodźce związane z jedzeniem	N = 50	N = 45	N = 50
Pozytywne	-61,38 (110,79) * (U) **	1,14 (100,05) * (T)	-12,34 (101,35) (U)
Negatywne	-0,54 (130,11) (U)	-14,81 (108,68) (U)	44,76 (117,88) (T)
Neutralne	-11,46 (92,01) (U)	-20,35 (8,78) (U)	13,87 (101,73) (-)
Bodźce związane z kształtem ciała	N = 48	N = 46	N = 49
Pozytywne	-14,08 (95,88) * (U)	-8,71 (117,39) (U)	17,52 (79,55) (T)
Negatywne	-5,96 (127,61) (U)	25,54 (107,76) (O/T)	5,74 (105,68) (T)
Neutralne	16,47 (126,47) *(T)	11,30 (81,92) (O)	-32,47 (72,16) (U)

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Bodźce	Grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym	Grupa pacjentek z żarłocznością psychiczną	Grupa zdrowych kobiet
Bodźce związane z wagą ciała	<i>N</i> = 49	<i>N</i> = 48	<i>N</i> = 48
Pozytywne	24,45 (90,47) (O/T)	23,11 (81,80) (O/T)	12,06 (79,07) (T)
Negatywne	0,89 (96,92) (T)	-24,34 (98,28) (U)	22,17 (107,43) (T)
Neutralne	3,12 (79,84) (O/T)	9,14 (93,14) (O)	-13,29 (123,60) (U)
Bodźce związane z kompetencjami/samooceńą/osiągnięciami	<i>N</i> = 52	<i>N</i> = 47	<i>N</i> = 51
Pozytywne	-22,07 (113,24) (U)	-2,41 (98,17) (U)	-20,85 (106,54) (U)
Negatywne	4,93 (102,80) (T)	16,84 (112,96) (O/T)	16,78 (86,99) (O/T)
Neutralne	-11,87 (130,00) (U)	-2,08 (75,83) (U)	14,02 (63,24) (O/T)

Adnotacja do tabel 20–23.

* Istotnie statystycznie różnice w porównaniu z grupą zdrowych kobiet (wyniki planowanych kontrastów).

** W nawiasach podano typ tendencyjności uwagi: orientacja uwagi ku bodźcom znaczącym (O) lub trudność w odangażowaniu uwagi od bodźców znaczących (T), w przypadku negatywnej tendencyjności uwagi – unikanie bodźców znaczących (U). W niektórych przypadkach niemożliwe było określenie, czy za pozytywną tendencyjność uwagi odpowiada orientacja uwagi ku bodźcom znaczącym, czy trudność w odangażowaniu od nich uwagi, wówczas wyniki oznaczano jako O/T. W kilku przypadkach za pozytywną tendencyjność uwagi nie odpowiadały te komponenty (oznaczano te wyniki kreską: -). Jest to materiał do dyskusji.

Tabela 21

Skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencyjności uwagi (M i SD) – dla czasu prezentacji bodźców 750 ms dla grup: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych

Bodźce	Grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym	Grupa pacjentek z żarłocznością psychiczną	Grupa zdrowych kobiet
Bodźce związane z jedzeniem	<i>N</i> = 48	<i>N</i> = 48	<i>N</i> = 50
Pozytywne	5,53 (94,47) (O)	-20,52 (169,69) (U)	30,88 (107,41) (O/T)
Negatywne	-15,22 (120,12) (U)	15,88 (156,42) (O/T)	-10,30 (91,89) (U)
Neutralne	2,33 (73,32) (O)	-23,12 (103,32) (U)	9,04 (80,80) (O)
Bodźce związane z kształtem ciała	<i>N</i> = 49	<i>N</i> = 47	<i>N</i> = 50
Pozytywne	-27,84 (126,55) (U)	-18,60 (114,14) (U)	5,14 (96,56) (-)
Negatywne	-2,06 (115,26) (U)	11,94 (89,61) *(O/T)	34,78 (101,12) (O/T)
Neutralne	-8,42 (146,90) *(U)	7,29 (85,69) (O/T)	24,78 (106,23) (O/T)
Bodźce związane z wagą ciała	<i>N</i> = 44	<i>N</i> = 50	<i>N</i> = 52
Pozytywne	18,23 (131,44) (O/T)	36,51 (101,17) (T)	16,96 (112,20) (O/T)

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Bodźce	Grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym	Grupa pacjentek z żarłocznością psychiczną	Grupa zdrowych kobiet
Negatywne	-11,19 (85,31) (U)	-24,59 (114,43) (U)	-29,84 (97,57) (U)
Neutralne	7,24 (90,42) (-)	26,85 (130,05) (0/T)	63,76 (206,18) (0/T)
Bodźce związane z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami	N = 51	N = 49	N = 49
Pozytywne	-18,33 (95,70) *(U)	-7,40 (98,93) (U)	9,61 (83,54) (0)
Negatywne	31,83 (140,19) *(0/T)	23,80 (101,58) (0/T)	60,87 (200,17) (0/T)
Neutralne	-29,65 (131,02) *(U)	-8,36 (76,45) (U)	5,47 (78,79) (0)

Tabela 22

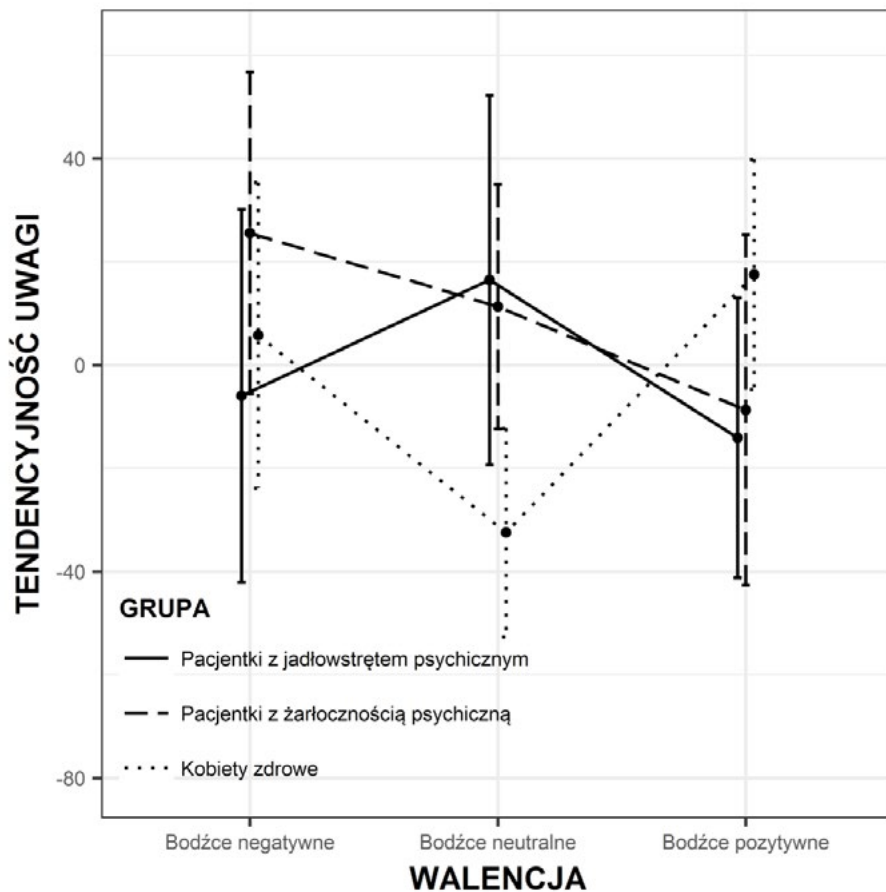
Skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencji uwagi (M i SD) – dla czasu prezentacji bodźców 150 ms dla grup: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych

Bodźce	Grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym	Grupa pacjentek z żarłocznością psychiczną	Grupa zdrowych kobiet
Bodźce związane z jedzeniem	N = 48	N = 48	N = 51
Pozytywne	-7,55 (100,32) (U)	-18,79 (87,44) (U)	22,65 (133,36) (T)
Negatywne	26,90 (109,26) (T)	0,38 (76,50) (0/T)	25,71 (105,47) (T)
Neutralne	9,99 (105,40) (T)	-2,22 (87,33) (U)	-3,35 (179,39) (U)
Bodźce związane z kształtem ciała	N = 50	N = 50	N = 51
Pozytywne	-55,11 (130,58) *(U)	7,03 (97,65) (0)	-1,49 (104,84) (U)
Negatywne	16,65 (123,52) (T)	-12,94 (128,84) (U)	-22,29 (86,91) (U)
Neutralne	31,62 (130,90) *(T)	-5,45 (167,18) (U)	-24,43 (111,44) (U)
Bodźce związane z wagą ciała	N = 49	N = 49	N = 51
Pozytywne	25,74 (113,47) (0)	4,95 (134,44) (0)	22,51 (79,88) (T)
Negatywne	-2,28 (94,38) (U)	5,59 (118,95) (0/T)	24,96 (79,52) (0)
Neutralne	-14,05 (127,81) (U)	5,59 (116,46) (T)	9,67 (116,57) (0)
Bodźce związane z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami	N = 51	N = 52	N = 51
Pozytywne	16,38 (120,49) (T)	8,98 (94,53) (0)	-4,13 (128,79) (U)
Negatywne	10,57 (101,95) (T)	5,98 (109,96) (T)	8,45 (114,13) (0/T)
Neutralne	27,09 (104,65) (T)	8,68 (88,82) (T)	-34,72 (115,98) (U)

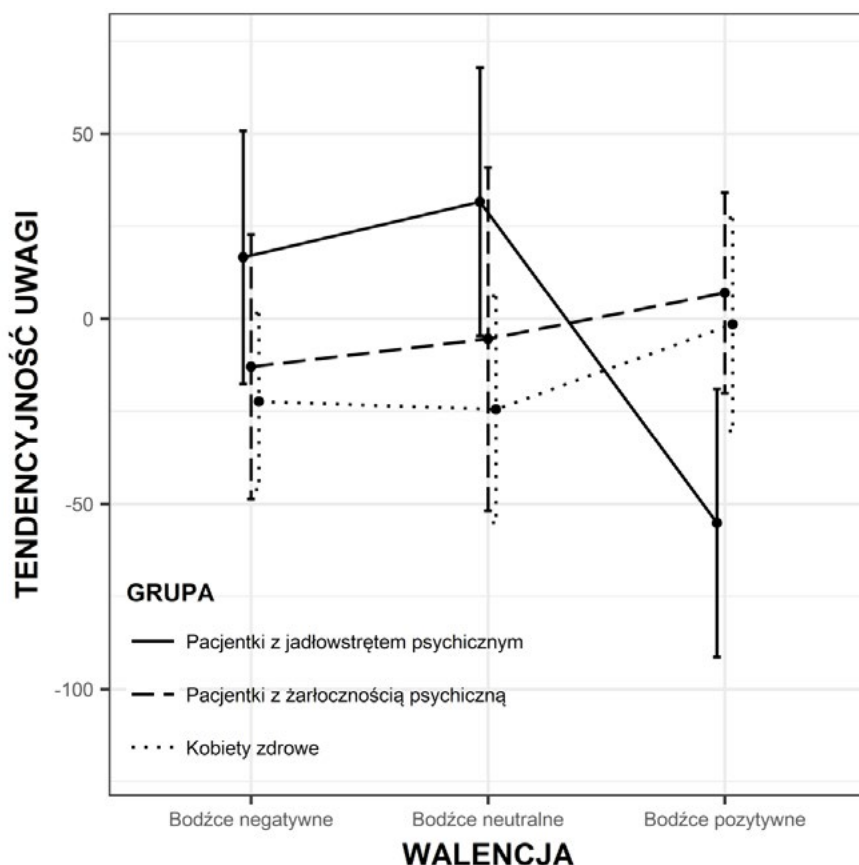
Tabela 23

Skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencji uwagi (M i SD) – dla czasu prezentacji bodźców 17 ms dla grup: pacjentek z jądłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych

Bodźce	Grupa pacjentek z jądłowstrętem psychicznym	Grupa pacjentek z żarłocznością psychiczną	Grupa zdrowych kobiet
Bodźce związane z jedzeniem	$N = 50$	$N = 51$	$N = 52$
Pozytywne	-16,64 (125,94) (U)	-2,44 (123,15) (U)	-12,81 (133,91) (U)
Negatywne	22,67 (142,10) (O)	-19,87 (141,23) (U)	10,59 (118,59) (T)
Neutralne	-1,35 (131,63) (U)	-23,24 (104,35) (U)	21,69 (163,50) (T)
Bodźce związane z kształtem ciała	$N = 51$	$N = 48$	$N = 50$
Pozytywne	29,96 (203,60) (O)	7,28 (141,17) (O/T)	-7,90 (99,67) (U)
Negatywne	5,19 (114,59) (O)	-21,65 (135,92) (U)	19,86 (117,21) (O/T)
Neutralne	10,08 (117,75) (-)	-1,50 (128,19) (U)	-30,37 (119,46) (U)
Bodźce związane z wagą ciała	$N = 51$	$N = 51$	$N = 50$
Pozytywne	-35,11 (150,74) (U)	-8,32 (113,71) (U)	-25,59 (144,02) (U)
Negatywne	-7,27 (130,48) (U)	11,26 (137,51) (T)	0,61 (189,19) (T)
Neutralne	9,55 (160,87) (T)	-8,63 (131,03) (U)	-30,27 (128,20) (U)
Bodźce związane z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami	$N = 51$	$N = 50$	$N = 50$
Pozytywne	23,60 (196,75) (O)	1,27 (174,45) (T)	-6,63 (120,75) (U)
Negatywne	0,35 (236,07) (T)	-38,04 (148,25) (U)	-3,51 (96,14) (U)
Neutralne	-36,05 (134,33) (U)	-1,85 (132,22) (U)	-28,15 (93,51) (U)



Rysunek 18. Wykres pokazujący efekt interakcji grupy i walencji dla bodźców związanych z kształtem ciała dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłoczością psychiczną oraz kobiet zdrowych.



Rysunek 19. Wykres pokazujący efekt interakcji grupy i walencji dla bodźców związanych z kształtem ciała dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms w grupach pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłoczością psychiczną oraz kobiet zdrowych.

Weryfikacja hipotezy 3. Aby zweryfikować hipotezę 3, w celu porównania zdrowych kobiet o różnym poziomie zatroskania o jedzenie, kształt i wagę ciała pod względem tendencyjności uwagi, utworzono zmienną „subkliniczne zaburzenia odżywiania”, której wskaźnikiem była suma wyników uzyskanych w dwóch następujących subskalach EDI – Dążenie do szczupłości i Niezadowolenie z własnego ciała (Placanica i in., 2002). Następnie podzielono grupę zdrowych kobiet na dwie podgrupy – podgrupę uzyskującą wynik poniżej mediany (zdrowe kobiety bez subklinicznych zaburzeń odżywiania) i podgrupę uzyskującą wynik powyżej mediany (zdrowe kobiety z subklinicznymi zaburzeniami odżywiania).

Następnie porównano tendencyjność uwagi w dwóch badanych podgrupach, kontrolując wiek oraz wyniki w zakresie takich zmiennych, jak: BMI, depresja (wy-

niki uzyskane w *Inwentarzu depresji* BDI-II), lęk-stan i lęk-cecha (wyniki uzyskane w *Inwentarzu stanu i cechy lęku* STAI), zapotrzebowanie na aprobatę społeczną (wyniki uzyskane w *Kwestionariuszu aprobaty społecznej* KAS) oraz subiektywnie odczuwany głód (wyniki uzyskane przez badane w zakresie drugiego itemu ze *Skali głodu*).

Wykonano serię analiz kowariancji w modelu mieszanym (*mixed ANCOVA*) w układzie 3 (walencja – pozytywna, negatywna, neutralna) x 2 (podgrupa kobiet z wynikiem poniżej mediany i podgrupa kobiet z wynikiem powyżej mediany w zakresie zmiennej: subkliniczne zaburzenia odżywiania). Kowariantami były takie zmienne, jak: wiek, BMI, depresja, lęk-stan i lęk-cecha, zapotrzebowanie na aprobatę społeczną oraz subiektywnie odczuwany głód. Dodatkowo, podobnie jak w przypadku analiz opisanych w podrozdziale *Weryfikacja hipotezy 2*, zbadano, jaki typ tendencyjności uwagi przejawiały badane.

Poniżej przedstawiono wyniki analiz z podziałem na typ bodźców w formie opisu oraz czterech tabel (tabele: 24–27), a ponadto zaprezentowano tabele zawierające skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencyjności uwagi (*M* i *SD*), z zaznaczonymi istotnymi statystycznie różnicami między podgrupami (zdrowych kobiet z wynikami poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania). Ponadto w tych ostatnich tabelach (tabele: 28–31) podano w nawiasach, jaki typ tendencyjności uwagi przejawiały badane (w szczególności orientację uwagi ku bodźcom znaczącym, trudność w odangażowaniu uwagi od bodźców znaczących, czy unikanie uwagowe bodźców znaczących).

Wyniki analizy kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z jedzeniem dotyczące podgrup: kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania.

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi wykazała istotny statystycznie efekt główny walencji ($F[2, 96] = 4,17; p = 0,018; \eta^2_G = 0,053$). Analiza nie ujawniła istotnego statystycznie efektu głównego grupy ($F[1, 48] = 0,03; p = 0,858$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[2, 96] = 0,34; p = 0,716$). W warunkach prezentacji bodźców pozytywnych badane przejawiały generalnie ujemną tendencyjność uwagi, a w warunkach prezentacji bodźców negatywnych – generalnie dodatnią tendencyjność uwagi.

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[1, 48] = 1,62; p = 0,210$) i walencji ($F[2,$

96] = 2,26; $p = 0,110$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[2, 96] = 1,41$; $p = 0,248$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[1, 49] = 0,81$; $p = 0,373$) i walencji ($F[2, 98] = 0,18$; $p = 0,836$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[2, 98] = 0,27$; $p = 0,767$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[1, 50] = 2,12$; $p = 0,151$) i walencji ($F[2, 100] = 0,85$; $p = 0,430$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[2, 100] = 0,05$; $p = 0,953$).

Wyniki analizy kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z kształtem ciała dotyczące podgrup: kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania.

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi wykazała istotny statystycznie efekt główny walencji ($F[2, 94] = 4,85$; $p = 0,010$; $\eta_G^2 = 0,060$). Analiza nie ujawniła istotnego statystycznie efektu głównego grupy ($F[1, 47] = 0,23$; $p = 0,634$) oraz istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[2, 94] = 0,46$; $p = 0,633$). W warunkach prezentacji bodźców neutralnych, badane przejawiały generalnie ujemną tendencyjność uwagi, a w warunkach prezentacji bodźców pozytywnych – generalnie dodatnią tendencyjność uwagi.

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[1, 48] = 0,13$; $p = 0,716$) i walencji ($F[2, 96] = 1,02$; $p = 0,365$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[2, 96] = 0,43$; $p = 0,650$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[1, 50] = 0,16$; $p = 0,689$) i walencji ($F[2, 100] = 1,09$; $p = 0,342$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[2, 100] = 0,06$; $p = 0,941$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[1, 47] = 1,53$; $p = 0,222$) i walencji ($F[2,$

94] = 3,03; $p = 0,053$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[2, 94] = 0,25$; $p = 0,779$).

Wyniki analizy kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z wagą ciała dotyczące podgrup: kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania.

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[1, 46] = 0,47$; $p = 0,496$) i walencji ($F[2, 92] = 1,56$; $p = 0,215$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[2, 92] = 0,03$; $p = 0,971$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi wykazała istotny statystycznie efekt główny walencji ($F[2, 100] = 7,04$; $p = 0,001$; $\eta_G^2 = 0,090$). Analiza nie ujawniła istotnego statystycznie efektu głównego grupy ($F[1, 50] = 1,31$; $p = 0,258$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[2, 100] = 0,04$; $p = 0,958$). W warunkach prezentacji bodźców negatywnych badane przejawiały generalnie ujemną tendencyjność uwagi, a w warunkach prezentacji bodźców neutralnych – generalnie dodatnią tendencyjność uwagi.

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[1, 49] = 1,27$; $p = 0,266$) i walencji ($F[2, 98] = 0,33$; $\epsilon = 0,85$; $p = 0,721$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[2, 98] = 0,74$; $\epsilon = 0,85$; $p = 0,478$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[1, 48] = 0,52$; $p = 0,473$) i walencji ($F[2, 96] = 0,07$; $p = 0,932$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[2, 96] = 0,04$; $p = 0,960$).

Wyniki analizy kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami dotyczące podgrup: kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania. Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[1, 49] = 0,21$; $p = 0,653$) i walencji ($F[2, 98] = 2,86$; $p = 0,062$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[2, 98] = 0,89$; $p = 0,415$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[1, 47] = 1,05; p = 0,311$) i walencji ($F[2, 94] = 2,56; p = 0,082$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[2, 94] = 0,07; p = 0,929$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych grupy ($F[1, 49] = 0,72; p = 0,401$) i walencji ($F[2, 98] = 1,56; p = 0,87; p = 0,216$). Analiza nie ujawniła także istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[2, 98] = 0,63; p = 0,87; p = 0,534$).

Dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 17 ms analiza kowariancji w modelu mieszanym dla zmiennej zależnej tendencyjność uwagi wykazała istotny statystycznie efekt główny grupy ($F[1, 48] = 7,58; p = 0,008; \eta_c^2 = 0,046$). Analiza nie ujawniła istotnego statystycznie efektu głównego walencji ($F[2, 96] = 1,09; p = 0,342$) ani istotnego statystycznie efektu interakcji grupy i walencji ($F[2, 96] = 0,25; p = 0,777$). Podgrupa kobiet z wynikami powyżej mediany przejawiała większą tendencyjność uwagi niż podgrupa kobiet z wynikami poniżej mediany.

Tabela 24

Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z jedzeniem w podgrupach kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania

Czas prezentacji bodźców	Efekt główny – grupa				Efekt główny – walencja				Efekt interakcji			
	df	F	p	η_c^2	df	F	p	η_c^2	df	F	p	η_c^2
1250 ms	1, 48	0,03	0,858	-	2, 96	4,17	0,018	0,05	2, 96	0,34	0,716	-
750 ms	1, 48	1,62	0,210	-	2, 96	2,26	0,110	-	2, 96	1,41	0,248	-
150 ms	1, 49	0,81	0,373	-	2, 98	0,18	0,836	-	2, 98	0,27	0,767	-
17 ms	1, 50	2,12	0,151	-	2, 100	0,85	0,430	-	2, 100	0,05	0,953	-

Adnotacja do tabel 24–27. Analizy wykonane na rozkładach wyników po transformacji normalizującej przy uwzględnieniu następujących kowariantów: wiek, BMI, depresja (BDI-II), lęk-stan i lęk-cecha (STAI), zapotrzebowanie na aprobatę społeczną (KAS), subiektywne odczucie głodu (wyniki uzyskane przez badane w zakresie drugiego itemu ze *Skali głodu*). Istotne efekty są pogrubione. Tam, gdzie było to potrzebne, zastosowano korektę ϵ Greenhouse-Geissera.

Tabela 25

Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z kształtem ciała w podgrupach kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania

Czas prezentacji bodźców	Efekt główny – grupa				Efekt główny – walencja				Efekt interakcji			
	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
1250 ms	1, 47	0,23	0,634	-	2, 94	4,85	0,010	0,06	2, 94	0,46	0,634	-
750 ms	1, 48	0,13	0,716	-	2, 96	1,02	0,365	-	2, 96	0,43	0,650	-
150 ms	1, 50	0,16	0,689	-	2, 100	1,09	0,342	-	2, 100	0,06	0,941	-
17 ms	1, 47	1,53	0,222	-	2, 94	3,03	0,053	-	2, 94	0,25	0,779	-

Tabela 26

Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z wagą ciała w podgrupach kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania

Czas prezentacji bodźców	Efekt główny – grupa				Efekt główny – walencja				Efekt interakcji			
	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
1250 ms	1, 46	0,47	0,496	-	2, 92	1,56	0,215	-	2, 92	0,03	0,971	-
750 ms	1, 50	1,31	0,258	-	2, 100	7,04	0,001	0,09	2, 100	0,04	0,958	-
150 ms	1, 49	1,27	0,266	-	2, 98	0,33	0,721	-	2, 98	0,74	0,478	-
17 ms	1, 48	0,52	0,473	-	2, 96	0,07	0,932	-	2, 96	0,04	0,960	-

Tabela 27

Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami w podgrupach kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania

Czas prezentacji bodźców	Efekt główny – grupa				Efekt główny – walencja				Efekt interakcji			
	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
1250 ms	1, 49	0,21	0,653	-	2, 98	2,86	0,062	-	2, 98	0,89	0,415	-
750 ms	1, 47	1,05	0,311	-	2, 94	2,56	0,082	-	2, 94	0,07	0,929	-
150 ms	1, 49	0,72	0,401	-	2, 98	1,56	0,216	-	2, 98	0,63	0,534	-
17 ms	1, 48	7,58	0,008	0,05	2, 96	1,09	0,342	-	2, 96	0,25	0,777	-

Tabela 28

Skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencyjności uwagi (M i SD) – dla czasu prezentacji bodźców 1250 ms dla podgrup kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania

Bodźce	Podgrupa uzyskującą wynik poniżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania	Podgrupa uzyskująca wynik powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania
Bodźce związane z jedzeniem	N = 24	N = 26
pozytywne	-43,06 (99,99) (U) *	-29,26 (108,26)
negatywne	27,79 (159,04) (T)	15,44 (80,81) (T)
neutralne	5,69 (90,77) (0)	-23,86 (116,91) (U)
Bodźce związane z kształtem ciała	N = 24	N = 25
pozytywne	22,23 (76,68) (T)	11,73 (80,00) (T)
negatywne	16,38 (124,21) (T)	-5,75 (85,14) (U)
neutralne	-38,22 (55,23) (U)	-28,21 (82,71) (U)
Bodźce związane z wagą ciała	N = 22	N = 26
pozytywne	7,13 (88,46) (T)	16,77 (80,21) (T)
negatywne	18,47 (75,17) (0/T)	25,85 (130,17) (0/T)
neutralne	-22,65 (131,69) (U)	-4,83 (111,04) (U)
Bodźce związane z kompetencjami/ samooceną/osiągnięciami	N = 24	N = 27
pozytywne	-34,91 (108,71) (U)	-9,41 (104,43) (U)
negatywne	26,84 (76,45) (0/T)	6,77 (87,07) (0)
neutralne	4,09 (69,90) (0)	21,79 (69,32) (0/T)

Adnotacja do tabel 28–31.

* W nawiasach podano typ tendencyjności uwagi: orientacja uwagi ku bodźcom znaczącym (0) lub trudność w odangażowaniu uwagi od bodźców znaczących (T), w przypadku negatywnej tendencyjności uwagi – unikanie bodźców znaczących (U). W niektórych przypadkach niemożliwe było określenie, czy za pozytywną tendencyjność uwagi odpowiada orientacja uwagi ku bodźcom znaczącym, czy trudność w odangażowaniu od nich uwagi, wówczas wyniki oznaczano jako 0/T. W kilku przypadkach za pozytywną tendencyjność uwagi nie odpowiadały te komponenty (oznaczano te wyniki kreską: -). Jest to materiał do dyskusji.

** Istotne statystycznie różnice między grupami.

Tabela 29

Skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencyjności uwagi (M i SD) – dla czasu prezentacji bodźców 750 ms dla podgrup kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania

Bodźce	Podgrupa uzyskującą wynik poniżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania	Podgrupa uzyskującą wynik powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania
Bodźce związane z jedzeniem	<i>N</i> = 25	<i>N</i> = 25
pozytywne	14,00 (89,66) (0/T)	22,82 (117,95) (0/T)
negatywne	3,39 (74,32) (0)	-48,94 (103,48) (U)
neutralne	2,14 (81,11) (0)	-9,00 (72,38) (U)
Bodźce związane z kształtem ciała	<i>N</i> = 25	<i>N</i> = 25
pozytywne	3,95 (102,96) (T)	-20,80 (102,32) (U)
negatywne	14,56 (98,63) (0/T)	27,87 (107,99) (0/T)
neutralne	14,56 (112,40) (T)	7,87 (107,81) (0)
Bodźce związane z wagą ciała	<i>N</i> = 25	<i>N</i> = 27
pozytywne	-2,56 (135,14) (U)	15,09 (92,44) (0)
negatywne	-49,36 (79,17) (U)	-31,71 (104,97) (U)
neutralne	42,9 (179,04) (0/T)	63,04 (227,98) (0/T)
Bodźce związane z kompetencjami/ samooceną/osiągnięciami	<i>N</i> = 24	<i>N</i> = 25
pozytywne	-0,30 (72,15) (U)	-16,56 (97,72) (U)
negatywne	43,25 (117,20) (0/T)	42,09 (262,57) (0/T)
neutralne	0,35 (81,89) (0)	-25,30 (80,98) (U)

Tabela 30

Skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencyjności uwagi (M i SD) – dla czasu prezentacji bodźców 150 ms dla podgrup kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania

Bodźce	Podgrupa uzyskująca wynik poniżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania	Podgrupa uzyskująca wynik powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania
Bodźce związane z jedzeniem	N = 25	N = 25
pozytywne	6,99 (77,79) (T)	16,89 (168,81) (T)
negatywne	31,69 (107,23) (T)	0,72 (111,65) (O)
neutralne	-3,41 (212,72) (U)	-22,97 (139,03) (U)
Bodźce związane z kształtem ciała	N = 25	N = 27
pozytywne	12,05 (120,04) (T)	18,89 (86,10) (T)
negatywne	-6,05 (102,93) (U)	-4,22 (68,40) (U)
neutralne	-2,93 (88,23) (U)	-15,78 (126,98) (U)
Bodźce związane z wagą ciała	N = 25	N = 26
pozytywne	11,45 (82,53) (T)	-3,21 (80,68) (U)
negatywne	4,59 (90,35) (T)	8,19 (81,05) (O)
neutralne	13,95 (117,26) (O)	-30,81 (111,10) (U)
Bodźce związane z kompetencjami/ samooceną/osiągnięciami	N = 25	N = 26
pozytywne	17,58 (93,15) (T)	25,09 (142,75) (T)
negatywne	60,02 (127,34) (T)	8,97 (88,45) (O)
neutralne	-1,76 (107,17) (U)	-16,31 (132,20) (U)

Tabela 31

Skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencyjności uwagi (M i SD) – dla czasu prezentacji bodźców 17 ms dla podgrup kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania

Bodźce	Podgrupa uzyskującą wynik poniżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania	Podgrupa uzyskującą wynik powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania
Bodźce związane z jedzeniem	N = 25	N = 27
pozytywne	9,01 (154,77) (0/T)	-30,88 (119,87) (U)
negatywne	26,48 (123,14) (0)	-1,99 (119,48) (U)
neutralne	23,99 (107,34) (0/T)	21,70 (195,80) (-)
Bodźce związane z kształtem ciała	N = 23	N = 26
pozytywne	-2,65 (108,01) (U)	4,14 (112,83) (T)
negatywne	6,85 (99,55) (0)	51,54 (113,03) (0/T)
neutralne	-29,10 (104,19) (U)	-10,26 (134,62) (U)
Bodźce związane z wagą ciała	N = 25	N = 25
pozytywne	-21,30 (133,04) (U)	0,08 (145,09) (-)
negatywne	16,76 (224,00) (0/T)	14,44 (162,36) (T)
neutralne	-9,44 (83,94) (U)	-21,13 (156,12) (U)
Bodźce związane z kompetencjami/ samooceną/osiągnięciami	N = 24	N = 26
pozytywne	9,09 (80,57) (0)	-25,79 (144,04) (U)
negatywne	10,39 (118,76) (0)	-20,99 (65,75) (U)
neutralne	-3,26 (68,86) (U)	-55,79 (94,47) ** (U)

Weryfikacja hipotezy 4. Aby zweryfikować hipotezę 4, wykonano analizy korelacji Spearmana między zmienną tendencyjność uwagi (dla pozytywnych, negatywnych i neutralnych bodźców związanych z jedzeniem, kształtem ciała, wagą ciała oraz kompetencjami/samooceną/osiągnięciami) a psychopatologią zaburzeń odżywiania (wyniki uzyskane na ośmiu subskalach *Kwestionariusza zaburzeń odżywiania* EDI (Dążenie do bycia szczupłym, Bulimia, Niezadowolenie z własnego ciała, Nieefektywność, Perfekcjonizm, Nieufność w relacjach międzyludzkich, Świadomość interoceptywna – odnosząca się do rozpoznawania odczuć głodu i sytości, Obawy przed dojrzewaniem).

Wyniki analizy korelacji Spearmana między tendencyjnością uwagi a psychopatologią zaburzeń odżywiania w grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym. Analiza statystyczna ujawniła niską dodatnią korelację ($\rho = 0,33$; $p =$

0,016) między tendencyjnością uwagi w zakresie neutralnych bodźców dotyczących jedzenia (gdy były prezentowane przez 1250 ms) a Świadomością interoceptywną¹⁴. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym większe były trudności z rozpoznawaniem odczuć sytości i głodu.

Analiza statystyczna ujawniła niską dodatnią korelację ($\rho = 0,30$; $p = 0,033$) między tendencyjnością uwagi w zakresie negatywnych bodźców dotyczących kształtu ciała (gdy były prezentowane przez 1250 ms) a Nieufnością w relacjach międzyludzkich. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym większą odnotowano nieufność w relacjach międzyludzkich.

Wykazano niską ujemną korelację ($\rho = -0,30$; $p = 0,034$) między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących wagi ciała (gdy były prezentowane przez 1250 ms) a Dążeniem do bycia szczupłym. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym mniej nasilone było dążenie do bycia szczupłym.

Analiza statystyczna ujawniła niską dodatnią korelację ($\rho = 0,31$; $p = 0,025$) między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć (gdy były prezentowane przez 1250 ms) a Nieufnością w relacjach międzyludzkich. Większej tendencyjności uwagi dla tych bodźców towarzyszyła większa nieufność w relacjach międzyludzkich.

Analiza statystyczna ujawniła niską dodatnią korelację ($\rho = 0,30$; $p = 0,032$) między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących kształtu ciała (gdy były prezentowane przez 750 ms) a Dążeniem do bycia szczupłym. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym silniejsze było dążenie do bycia szczupłym.

Wykazano niskie dodatnie korelacje między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała a Nieefektywnością i Nieufnością w relacjach międzyludzkich (kolejno: $\rho = 0,28$; $p = 0,048$; $\rho = 0,33$; $p = 0,019$). Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym większe odnotowano poczucie nieefektywności i nieufność w relacjach interpersonalnych.

Analiza statystyczna ujawniła niską dodatnią korelację ($\rho = 0,29$; $p = 0,037$) między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć (gdy były prezentowane przez 750 ms) a Nieufnością w relacjach międzyludzkich. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym silniejszą odnotowano nieufność w relacjach interpersonalnych.

¹⁴ Niestety trudno określić, jaki jest kierunek tego związku – czy to objawy zaburzeń odżywiania zwiększają tendencyjność uwagi dla bodźców związanych z tymi zaburzeniami, czy też tendencyjność uwagi dla tych bodźców powoduje zaostrenie objawów zaburzeń odżywiania.

Analiza statystyczna ujawniła niską ujemną korelację ($\rho = -0,35$; $p = 0,01$) między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć (gdy były prezentowane przez 750 ms) a Obawami przed dojrzwaniem. Większej tendencyjności uwagi dla tych bodźców, towarzyszyły mniej nasilone obawy przed dojrzwaniem.

Wykazano niskie dodatnie korelacje między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących jedzenia (gdy były prezentowane przez 150 ms) a Perfekcjonizmem i Obawami przed dojrzwaniem (kolejno: $\rho = 0,30$; $p = 0,037$; $\rho = 0,28$; $p = 0,045$). Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym bardziej nasilone były: perfekcjonizm i obawy przed dojrzwaniem.

Analiza statystyczna ujawniła niskie ujemne korelacje między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć (gdy były prezentowane przez 150 ms) a Dążeniem do bycia szczupłym i Bulimią (kolejno: $\rho = -0,29$; $p = 0,039$; $\rho = -0,36$; $p = 0,009$). Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym mniej nasilone były: dążenie do bycia szczupłym i tendencje bulimiczne.

Analiza statystyczna wykazała niską ujemną korelację ($\rho = -0,35$; $p = 0,013$) między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących kształtu ciała (gdy były prezentowane przez 17 ms) a Dążeniem do bycia szczupłym. Większej tendencyjności uwagi dla tych bodźców towarzyszyło mniej nasilone dążenie do bycia szczupłym.

Analiza statystyczna ujawniła niską ujemną korelację ($\rho = -0,29$; $p = 0,042$) między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących wagi ciała (gdy były prezentowane przez 17 ms) a Nieefektywnością. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym mniej nasilone było poczucie nieefektywności.

Wykazano niską ujemną korelację ($\rho = -0,30$; $p = 0,029$) między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć (gdy były prezentowane przez 17 ms) a Nieufnością w relacjach międzyludzkich. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym mniejszą odnotowano nieufność w relacjach międzyludzkich.

Wyniki analizy korelacji Spearmana między tendencyjnością uwagi a psychopatologią zaburzeń odżywiania w grupie pacjentek z żarłocznością psychiczną. Analiza statystyczna ujawniła niską ujemną korelację ($\rho = -0,31$; $p = 0,030$) między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących jedzenia (gdy były prezentowane przez 1250 ms) a Niezadowoleniem z własnego ciała. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym mniejsze było niezadowolenie z własnego ciała.

Wykazano niskie dodatnie korelacje między, kolejno, tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących jedzenia i neutralnych bodźców dotyczących wagi ciała (gdy były prezentowane przez 1250 ms) a Nieufnością w relacjach międzyludzkich (kolejno: $\rho = 0,33$; $p = 0,021$; $\rho = 0,30$; $p = 0,033$) Większej tendencyjności uwagi dla tych bodźców towarzyszyła większa nieufność w relacjach międzyludzkich.

Analiza statystyczna ujawniła niskie dodatnie korelacje między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć (gdy były prezentowane przez 1250 ms) a Dążeniem do bycia szczupłym i Nieufnością w relacjach międzyludzkich (kolejno: $\rho = 0,43$; $p = 0,001$; $\rho = 0,37$; $p = 0,008$). Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym silniejsze były: dążenie do bycia szczupłym i nieufność w relacjach interpersonalnych.

Analiza statystyczna wykazała niską ujemną korelację ($\rho = -0,29$; $p = 0,039$) między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć (gdy były prezentowane przez 750 ms) a Świadomością interoceptywną. Większej tendencyjności uwagi dla tych bodźców towarzyszyły mniejsze trudności z rozpoznawaniem odczuć sytości i głodu.

Analiza statystyczna ujawniła niską dodatnią korelację ($\rho = 0,29$; $p = 0,045$) między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących jedzenia (gdy były prezentowane przez 150 ms) a Nieufnością w relacjach międzyludzkich. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym większą odnotowano nieufność w relacjach interpersonalnych.

Analiza statystyczna ujawniła niskie dodatnie korelacje między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała i dla negatywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć (gdy były prezentowane przez 150 ms) a Nieefektywnością (kolejno: $\rho = 0,28$; $p = 0,047$; $\rho = 0,30$; $p = 0,029$). Większej tendencyjności uwagi dla tych bodźców towarzyszyło większe poczucie nieefektywności.

Analiza statystyczna ujawniła niską dodatnią korelację ($\rho = 0,288$; $p = 0,038$) między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć (gdy były prezentowane przez 150 ms) a Nieufnością w relacjach międzyludzkich. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym większą odnotowano nieufność w relacjach międzyludzkich.

Analiza statystyczna niskie dodatnie korelacje między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących kształtu ciała (gdy były prezentowane przez 17 ms) a Dążeniem do bycia szczupłym i Nieefektywnością (kolejno: $\rho = 0,30$; $p = 0,031$; $\rho = 0,35$; $p = 0,013$). Im większa była tendencyjność dla tych bodźców, tym silniejsze były: dążenie do szczupłości i poczucie nieefektywności.

Analiza wykazała również niskie dodatnie korelacje między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kształtu ciała (gdy były prezentowane przez 17 ms) a Dążeniem do bycia szczupłym i Niezadowoleniem z własnego ciała oraz umiarkowaną dodatnią korelację między tym typem tendencyjności uwagi a Nieefektywnością (kolejno: $\rho = 0,29$; $p = 0,042$; $\rho = 0,35$; $p = 0,012$; $\rho = 0,46$; $p < 0,001$). Im większa była tendencyjność dla tych bodźców, tym silniejsze odnotowano: dążenie do szczupłości, niezadowolenie z własnego ciała i poczucie nieefektywności.

Analiza statystyczna wykazała niskie dodatnie korelacje między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kształtu ciała (gdy były prezentowane przez 17 ms) a Nieufnością w relacjach międzyludzkich, Świadomością interoceptywną i Obawami przed dojrzewaniem (kolejno: $\rho = 0,37$; $p = 0,008$; $\rho = 0,29$; $p = 0,042$; $\rho = 0,28$; $p = 0,046$). Większej tendencyjności uwagi dla tych bodźców towarzyszyły większe: nieufność w relacjach międzyludzkich, trudność w rozpoznawaniu odczuć głodu i sytości oraz obawy przed dojrzewaniem.

Analiza statystyczna ujawniła niską dodatnią korelację ($\rho = 0,32$; $p = 0,022$) między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć (gdy były prezentowane przez 17 ms) a Nieufnością w relacjach międzyludzkich. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym większą odnotowano nieufność w relacjach interpersonalnych.

Wyniki analizy korelacji Spearmana między tendencyjnością uwagi a psychopatologią zaburzeń odżywiania w grupie zdrowych kobiet. Analiza statystyczna ujawniła niską dodatnią korelację ($\rho = 0,32$; $p = 0,023$) między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała (gdy były prezentowane przez 1250 ms) a Niezadowoleniem z własnego ciała. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym większe odnotowano niezadowolenie z własnego ciała.

Analiza statystyczna ujawniła niską ujemną korelację ($\rho = -0,29$; $p = 0,038$) między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kształtu ciała (gdy były prezentowane przez 1250 ms) a Obawami przed dojrzewaniem. Większej tendencyjności uwagi dla tych bodźców towarzyszyły mniejsze obawy przed dojrzewaniem.

Analiza statystyczna ujawniła niską ujemną korelację ($\rho = -0,29$; $p = 0,044$) między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących wagi ciała (gdy były prezentowane przez 1250 ms) a Świadomością interoceptywną. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym mniejsze odnotowano trudności z rozpoznawaniem odczuć głodu i sytości.

Wykazano niską dodatnią korelację ($\rho = 0,31$; $p = 0,026$) między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała (gdy były prezentowane

przez 750 ms) a Bulimią. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym silniejsze odnotowano tendencje bulimiczne.

Analiza statystyczna ujawniła niskie dodatnie korelacje między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących wagi ciała (gdy były prezentowane przez 750 ms) a Niezadowoleniem z własnego ciała i Świadomością interoceptywną (kolejno: $\rho = 0,29$; $p = 0,039$; $\rho = 0,29$; $p = 0,035$). Większej tendencyjności uwagi dla tych bodźców, towarzyszyły: silniejsze niezadowolenie z własnego ciała i większe trudności z rozpoznawaniem odczuć sytości i głodu.

Analiza statystyczna ujawniła niskie dodatnie korelacje między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć (gdy były prezentowane przez 750 ms) a Dążeniem do szczupłości i Niezadowoleniem z własnego ciała (kolejno: $\rho = 0,30$; $p = 0,035$; $\rho = 0,31$; $p = 0,026$). Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym większe odnotowano dążenie do bycia szczupłym i niezadowolenie z własnego ciała.

Analiza statystyczna ujawniła niską ujemną korelację ($\rho = -0,29$; $p = 0,036$) między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących jedzenia (gdy były prezentowane przez 150 ms) a Nieefektywnością. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym mniejsze odnotowano poczucie nieefektywności.

Analiza statystyczna ujawniła niską ujemną korelację ($\rho = -0,28$; $p = 0,041$) między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała (gdy były prezentowane przez 150 ms) a Perfekcjonizmem. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym mniej nasilony był perfekcjonizm.

Wykazano niskie dodatnie korelacje między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących wagi ciała (gdy były prezentowane przez 150 ms) a Bulimią i Nieufnością w relacjach międzyludzkich (kolejno: $\rho = 0,37$; $p = 0,007$; $\rho = 0,37$; $p = 0,006$). Większej tendencyjności uwagi dla tych bodźców towarzyszyły: większe nasilenie tendencji bulimicznych i większa nieufność w relacjach międzyludzkich.

Analiza statystyczna ujawniła niską dodatnią korelację ($\rho = 0,32$; $p = 0,021$) między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących wagi ciała (gdy były prezentowane przez 150 ms) a Nieefektywnością. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym silniejsze było poczucie nieefektywności.

Analiza statystyczna ujawniła niskie ujemne korelacje między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć (gdy były prezentowane przez 150 ms) a Dążeniem do bycia szczupłym i Perfekcjonizmem (kolejno: $\rho = -0,308$; $p = 0,026$; $\rho = -0,302$; $p = 0,029$). Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym mniej nasilone były: dążenie do szczupłości i perfekcjonizm.

Analiza statystyczna ujawniła niską dodatnią korelację ($\rho = 0,28$; $p = 0,046$) między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć (gdy były prezentowane przez 150 ms) a Dążeniem do bycia szczupłym. Im większa była tendencyjność uwagi dla tych bodźców, tym silniejsze odnotowano dążenie do bycia szczupłym.

Analiza statystyczna ujawniła niskie ujemne korelacje między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć (gdy były prezentowane przez 17 ms) a Nieefektywnością i Świadomością interoceptywną (kolejno: $\rho = -0,28$; $p = 0,044$; $\rho = -0,32$; $p = 0,021$). Większej tendencyjności uwagi dla tych bodźców towarzyszyło bardziej nasilone poczucie nieefektywności i większe trudności w rozpoznawaniu głodu i sytości.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Poniżej zostanie zaprezentowana interpretacja wyników analiz weryfikujących hipotezy operacyjne w świetle postawionych hipotez oraz stanu badań na temat tendencyjności uwagi charakteryzującej osoby z zaburzeniami odżywiania.

Według hipotezy pierwszej „Czasy reakcji pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i pacjentek z żarłoczością psychiczną na sondy zastępujące negatywne i pozytywne bodźce związane z zaburzeniami odżywiania (z jedzeniem, kształtem ciała, wagą ciała i kompetencjami/samooceną/osiągnięciami) będą różniły się od ich czasów reakcji na sondy zastępujące bodźce kontrolne. Będzie to oznaczało cechującą je tendencyjność uwagi dla negatywnych i pozytywnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania”.

Wyniki serii analiz wariancji z powtarzanymi pomiarami (były to czasy reakcji RTs) w układzie 3 (walencja – pozytywna, negatywna, neutralna) x 2 (pozycja sondy: w lokalizacji bodźca docelowego – próba kongruentna, w lokalizacji przeciwstawnej wobec bodźca docelowego – próba niekongruentna), które w przypadku istotnych statystycznie efektów były uzupełniane o porównania za pomocą testu t-Studenta dla prób zależnych, częściowo potwierdziły postawioną hipotezę.

Po pierwsze, w zakresie bodźców związanych z jedzeniem:

- wykazano, że gdy czas prezentacji bodźców wynosił 1250 ms, pacjentki z jadłowstrętem psychicznym reagowały wolniej na sondę, kiedy pokazywała się ona w miejscu fotografii związanej z jedzeniem, niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej. Oznacza to, że w tej grupie wystąpiła tendencyjność uwagi dla bodźców związanych z jedzeniem. Niestety wyniki

te dotyczyły wszystkich bodźców związanych z jedzeniem, bez względu na ich walencję;

- wykazano, że gdy czas prezentacji bodźców wynosił 1250 ms, zdrowe kobiety reagowały wolniej na sondę, gdy pokazywała się ona w tej samej lokalizacji, co pozytywna fotografia związana z jedzeniem, niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej. Ten wynik oznacza, że zdrowe kobiety przejawiały tendencyjność uwagi dla pozytywnych bodźców związanych z jedzeniem.

Po drugie, w zakresie bodźców związanych z kształtem ciała:

- wykazano, że gdy czas prezentacji bodźców wynosił 150 ms, pacjentki z jadłowstrętem psychicznym reagowały wolniej na sondę, gdy pokazywała się ona w tej samej lokalizacji, co fotografia związana z kształtem ciała o pozytywnej walencji, niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej. Ten wynik wskazuje na tendencyjność uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących kształtu ciała w tej grupie;
- wykazano, że gdy czas prezentacji bodźców wynosił 1250 ms, zdrowe kobiety reagowały wolniej na sondę, gdy pokazywała się ona w tej samej lokalizacji, co neutralna fotografia związana z kształtem ciała, niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej, co wskazuje na tendencyjność uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała w tej grupie. Ponadto wykazano, że gdy czas prezentacji bodźców wynosił 17 ms, zdrowe kobiety reagowały szybciej na sondę, gdy pokazywała się ona w tej samej lokalizacji, co negatywna fotografia związana z kształtem ciała, niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej. Wynik ten oznacza tendencyjność uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kształtu ciała w tej grupie.

Po trzecie, w zakresie bodźców związanych z wagą ciała:

- chociaż dla czasu prezentacji bodźców przez 750 ms analiza wykazała istotny statystycznie efekt interakcji pozycji sondy i walencji w grupie kobiet z jadłowstrętem psychicznym, to jednak na podstawie analizy interakcji można stwierdzić jedynie, że badane reagowały wolniej na sondę, gdy pokazywała się ona w lokalizacji fotografii kontrolnej o pozytywnej walencji, niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej o negatywnej lub neutralnej walencji, a taki wynik nie daje podstaw do stwierdzenia tendencyjności uwagi;
- w warunkach czasu prezentacji bodźców przez 150 ms pacjentki z jadłowstrętem psychicznym reagowały szybciej na sondę, która pokazywała się w tej samej lokalizacji, co fotografia związana z wagą ciała, niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej. Niestety wynik ten wskazuje na

tendencyjność uwagi dla wszystkich bodźców związanych z wagą ciała, bez względu na ich walencję;

- chociaż w warunkach czasu prezentacji bodźców przez 1250 ms analiza wykazała istotny statystycznie efekt interakcji pozycji sondy i walencji w grupie kobiet z żarłocznością psychiczną, to jednak na podstawie analizy interakcji można stwierdzić jedynie, że badane reagowały wolniej na sondę, gdy pokazywała się ona w miejscu negatywnie nacechowanej fotografii związanej z wagą ciała, niż gdy pokazywała się w miejscu fotografii związanej z wagą ciała o pozytywnej walencji lub fotografii dotyczącej wagi ciała neutralnej emocjonalnie i ten wynik nie daje podstaw do stwierdzenia tendencyjności uwagi;
- wykazano, że gdy czas prezentacji bodźców wynosił 750 ms, pacjentki z żarłocznością psychiczną reagowały szybciej na sondę, gdy pokazywała się ona w tej samej lokalizacji, co pozytywna fotografia związana z wagą ciała, niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej. Taką samą zależność odkryto dla fotografii neutralnych: badane reagowały szybciej na sondę, gdy pokazywała się w tej samej lokalizacji, co fotografia związana z wagą ciała, niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej. Wyniki te wskazują na tendencyjność uwagi dla pozytywnych i neutralnych bodźców dotyczących wagi ciała w tej grupie;
- w warunkach czasu prezentacji bodźców przez 750 ms w przypadku bodźców negatywnych dotyczących wagi ciała, zdrowe kobiety reagowały wolniej na sondę, gdy pokazywała się ona w tej samej lokalizacji, co negatywna fotografia związana z wagą ciała, niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej. Ten wynik wskazuje na tendencyjność uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących wagi ciała w tej grupie.

Po czwarte, dla bodźców związanych z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami:

- zaskakujące było to, że analizy ujawniły tendencyjność uwagi jedynie w grupie zdrowych kobiet. Wykazano, że gdy czas prezentacji bodźców wynosił 1250 ms, zdrowe kobiety reagowały wolniej na sondę, gdy pokazywała się ona w tej samej lokalizacji, co pozytywna fotografia związana z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami, niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej. Ten wynik wskazuje na tendencyjność uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć w tej grupie;
- chociaż w grupie zdrowych kobiet dla czasu prezentacji bodźców równego 750 ms analiza wykazała istotny statystycznie efekt interakcji pozycji sondy i walencji, to jednak na podstawie analizy interakcji można stwierdzić jedynie,

że badane reagowały wolniej na sondę, gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej o negatywnej walencji, niż gdy pokazywała się ona w miejscu fotografii kontrolnej o pozytywnej lub neutralnej walencji, a taki wynik nie daje podstaw do stwierdzenia tendencyjności uwagi.

Reasumując, chociaż w świetle uzyskanych wyników nie można zaprzeczyć, że osoby z zaburzeniami odżywiania zwracają szczególną uwagę na bodźce związane z jedzeniem i ciałem (w szczególności dotyczące wagi ciała), to jednak biorąc pod uwagę walencję bodźców, można jedynie potwierdzić istnienie tendencyjności uwagi dla pozytywnych bodźców związanych z kształtem ciała u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i dla pozytywnych bodźców związanych z wagą ciała u pacjentek z żarłocznością psychiczną. Chociaż na tym etapie analiz nie dokonywano różnicowania na poszczególne typy tendencyjności uwagi (orientację uwagi, trudność z odangażowaniem uwagi, unikanie uwagowe), warto podkreślić, że uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, iż pacjentki z jadłowstrętem psychicznym unikały pozytywnych bodźców związanych z kształtem ciała (cechowały je wolniejsze reakcje na sondy zastępujące bodźce znaczące w porównaniu z ich reakcjami na sondy zastępujące bodźce kontrolne), zaś pacjentki z żarłocznością psychiczną ukierunkowywały uwagę na pozytywne bodźce związane z wagą ciała (cechowały je szybsze reakcje na sondy zastępujące bodźce znaczące w porównaniu z ich reakcjami na sondy zastępujące bodźce kontrolne).

Intrygujące jest, że tendencyjność uwagi u kobiet z zaburzeniami odżywiania stwierdzono wyłącznie dla pozytywnie nacechowanych bodźców związanych z tymi zaburzeniami. Wyniki te pokazują, że po pierwsze, w badaniach uwagi w tej grupie klinicznej nie można zaniedbywać tej grupy bodźców, a po drugie, wydaje się, że trafią metodologicznie decyzją autorki niniejszych badań było włączenie do prób eksperymentalnych w zadaniu „dot-probe” pozytywnie nacechowanych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania, a zwłaszcza, co było *novum* tych badań, pozytywnych bodźców dotyczących wagi ciała.

Warto dodać, że chociaż hipoteza 1 nie zakładała tendencyjności uwagi dla neutralnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania u osób z tymi zaburzeniami, okazało się, że pacjentki z żarłocznością psychiczną cechuje tendencyjność uwagi dla neutralnych bodźców dotyczących wagi ciała. Ten wynik przywodzi na myśl kwestię doboru bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania włączonych do zadania „dot-probe”. Chociaż bodźce te były przed konstrukcją samego zadania oceniane pod względem tematyki i walencji przez kobiety z zaburzeniami odżywiania, to należy pamiętać, że były to inne osoby niż uczestniczki eksperymentu. Z kolei ponowna ocena walencji bodźców po

eksperymentcie znacznie skomplikowałaby procedury statystyczne, dlatego z niej zrezygnowano.

Za zaskakujące można uznać wyniki świadczące o tendencyjności uwagi dla bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania (między innymi odkryto błędy uwagi dla: pozytywnych bodźców związanych z jedzeniem, negatywnych bodźców związanych kształtem i wagą ciała oraz pozytywnych bodźców dotyczących kompetencji/osiągnięć/samooceny) w grupie zdrowych kobiet. W szczególności warto podkreślić, że tę grupę cechowała tendencyjność uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kształtu i wagi ciała, co może oznaczać, że przynajmniej niektóre osoby do niej należące cechowały subkliniczne zaburzenia odżywiania. Ponadto te wyniki można potraktować jako potwierdzenie kulturowych teorii zaburzeń odżywiania, według których od współczesnych kobiet (według badaczy feministycznych zjawisko to nie dotyczy mężczyzn, gdyż to kobiecie ciało podlega uprzedmiotowieniu), zwłaszcza zamieszkujących Europę i USA, oczekuje się szczupłości, będącej synonimem piękna. To z kolei może skutkować skrajnym niezadowoleniem z własnego ciała.

Warto zauważyć, że na tym etapie analiz nie kontrolowano zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania. Ujęto ją jednak w analizach weryfikujących hipotezę 3.

Według hipotezy drugiej „Wystąpią różnice między tendencyjnością uwagi u pacjentek z zaburzeniami odżywiania i u osób zdrowych w zakresie negatywnych i pozytywnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania (dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć), w szczególności:

Pacjentki z jadłowstrętem psychicznym i pacjentki z żarłocznością psychiczną będą przejawiały:

- orientację uwagi ku negatywnym bodźcom dotyczącym jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 17 ms i w czasie 150 ms;
- trudność w odangażowaniu uwagi od negatywnych bodźców dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 750 ms;
- uwagowe unikanie pozytywnych bodźców dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 1250 ms.

Z kolei zdrowe kobiety będą przejawiały:

- orientację uwagi ku pozytywnym bodźcom dotyczącym jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 17 ms i w czasie 150 ms;

- trudność w odangażowaniu uwagi od pozytywnych bodźców dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 750 ms;
- uwagowe unikanie negatywnych bodźców dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 1250 ms”.

Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym (*mixed ANCOVA*) w układzie 3 (walencja – pozytywna, negatywna, neutralna) x 3 (grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, grupa pacjentek z żarłocznością psychiczną i grupa zdrowych kobiet), w których kowariantami były takie zmienne, jak: BMI, depresja, lęk-stan, lęk-cecha, zapotrzebowanie na aprobatę społeczną i subiektywnie odczuwany głód, uzupełnione (gdy odnotowano wynik istotny statystycznie) o testy jednoczynnikowe i planowane kontrasty oraz o analizę, której celem było zbadanie, jaki typ tendencji uwagi przejawiały badane, częściowo potwierdziły postawioną hipotezę.

Po pierwsze, w zakresie bodźców związanych z jedzeniem analiza wykazała, że w warunkach czasu prezentacji bodźców przez 1250 ms pacjentki z jadłowstrętem psychicznym przejawiały generalnie negatywną tendencyjność uwagi dla bodźców związanych z jedzeniem, a kobiety tworzące grupę kontrolną – przejawiały generalnie pozytywną tendencyjność uwagi dla tych bodźców w porównaniu z grupą pacjentek z żarłocznością psychiczną. Niestety ten wynik dotyczył wszystkich bodźców związanych z jedzeniem, bez względu na ich walencję. Opierając się na danych z tabeli 20, można stwierdzić, że kobiety z jadłowstrętem psychicznym cechowało unikanie uwagowe bodźców związanych z jedzeniem, zaś zdrowe kobiety przejawiały trudność w odangażowaniu uwagi od tych bodźców.

Po drugie, w zakresie bodźców związanych z kształtem ciała:

- wykazano, że w warunkach czasu prezentacji bodźców przez 1250 ms pacjentki z jadłowstrętem psychicznym przejawiały negatywną tendencyjność uwagi dla pozytywnych bodźców związanych z kształtem ciała i różniły się istotnie od zdrowych kobiet z grupy kontrolnej, które cechowała pozytywna tendencyjność uwagi dla tych bodźców. Z kolei w przypadku prezentacji bodźców neutralnych, pacjentki z jadłowstrętem psychicznym przejawiały pozytywną tendencyjność uwagi i różniły się istotnie od kobiet z grupy kontrolnej, które cechowała negatywna tendencyjność uwagi. Opierając się na danych z tabeli 20, można stwierdzić, że pacjentki z jadłowstrętem psychicznym cechowało unikanie uwagowe pozytywnych bodźców związanych z kształtem ciała oraz trudność w odangażowaniu uwagi od neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała, zaś kobiety zdrowe – trudność w odangażowaniu uwagi od

pozytywnych bodźców związanych z kształtem ciała oraz unikanie uwagowe neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała;

- wykazano, że w warunkach czasu prezentacji bodźców przez 750 ms grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym przejawiała generalnie negatywną tendencyjność uwagi dla bodźców związanych z kształtem ciała, zaś grupa zdrowych kobiet – generalnie pozytywną tendencyjność uwagi dla tych bodźców w porównaniu z grupą pacjentek z żarłocznością psychiczną. Niestety ten wynik dotyczył wszystkich bodźców z tej grupy, bez względu na ich walencję. Opierając się na danych z tabeli 21, można stwierdzić, że kobiety z jadłowstrętem psychicznym cechowało unikanie uwagowe bodźców związanych z kształtem ciała, zaś zdrowe kobiety – zarówno orientacja uwagi w kierunku tych bodźców, jak i trudność w odangażowaniu od nich uwagi (co można określić, jako zaangażowanie uwagi);
- odkryto, że w warunkach czasu prezentacji bodźców przez 150 ms pacjentki z jadłowstrętem psychicznym przejawiały istotnie większą tendencyjność uwagi (o znaku ujemnym) dla pozytywnych bodźców związanych z kształtem ciała niż kobiety z grupy kontrolnej. W przypadku bodźców neutralnych pacjentki z jadłowstrętem psychicznym przejawiały dodatnią tendencyjność uwagi i różniły się istotnie od kobiet z grupy kontrolnej, które cechowała ujemna tendencyjność uwagi. Opierając się na danych z tabeli 22, można stwierdzić, że pacjentki z jadłowstrętem psychicznym cechowało większe niż kobiety zdrowe unikanie uwagowe pozytywnych bodźców związanych z kształtem ciała oraz pacjentki te cechowała trudność w odangażowaniu uwagi od neutralnych bodźców związanych z kształtem ciała, podczas gdy kobiety zdrowe cechowało unikanie uwagowe tych bodźców.

Po trzecie, w zakresie bodźców związanych z wagą ciała, analiza nie ujawniła istotnych statystycznie efektów interakcji grupy i walencji, co oznacza, że gdy kontroli podlegały takie zmienne, jak: wiek, BMI, depresja, lęk-stan, lęk-cecha, zapotrzebowanie na aprobatę społeczną i subiektywnie odczuwany głód, nie wystąpiły istotne statystycznie różnice międzygrupowe pod względem tendencyjności uwagi dla pozytywnych, negatywnych i neutralnych bodźców związanych z wagą ciała.

Po czwarte, w zakresie bodźców związanych z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami analizy wykazały, że w warunkach czasu prezentacji bodźców przez 750 ms grupę kontrolną cechuje większa tendencyjność uwagi (o znaku dodatnim) dla nich w porównaniu z grupą pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i grupą pacjentek z żarłocznością psychiczną. Niestety ten wynik dotyczył wszystkich bodźców z tej grupy, bez względu na ich walencję. Jak pokazują dane z tabeli 21, ten wynik oznacza

większą orientację uwagi ku tym bodźcom oraz większą trudność w odangażowaniu uwagi od nich (co można określić jako zaangażowanie uwagowe) w grupie zdrowych kobiet w porównaniu z kobietami z zaburzeniami odżywiania.

Reasumując, uzyskane wyniki potwierdziły, że zgodnie z przewidywaniami dla czasu prezentacji bodźców przez 1250 ms – pacjentki z jadłowstrętem psychicznym cechowało unikanie uwagowe pozytywnych bodźców związanych z kształtem ciała, podczas gdy kobiety zdrowe przejawiały trudność w odangażowaniu od nich uwagi. Należy w tym miejscu podkreślić, że te wyniki w pełni potwierdziły postawioną hipotezę jedynie w odniesieniu do grupy pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, gdyż chociaż, zgodnie z przewidywaniami, zdrowe kobiety przejawiały trudności z odangażowaniem uwagi od pozytywnych bodźców dotyczących kształtu ciała, to jednak miało to miejsce w warunkach prezentacji tych bodźców przez 1250 ms (hipoteza zakładała, że ten typ tendencyjności uwagi ujawni się w warunkach prezentacji bodźców przez 750 ms). Pomimo tego, należy podkreślić duże znaczenie tych wyników, gdyż pokazują one, że osoby z zaburzeniami odżywiania (w szczególności z jadłowstrętem psychicznym) nie tyle koncentrują uwagę na negatywnych bodźcach dotyczących ciała, co unikają konfrontacji z bodźcami, które odczuwane są przez nie jako pozytywne (warto podkreślić, że w omawianych w niniejszej pracy badaniach dobór bodźców stosowanych w badaniach pacjentek z zaburzeniami odżywiania był dokonywany przez osoby z tymi zaburzeniami). Ciekawym odkryciem był także wynik pokazujący, iż w warunkach czasu prezentacji bodźców przez 150 ms pacjentki z jadłowstrętem psychicznym przejawiały większe niż zdrowe kobiety unikanie uwagowe pozytywnych bodźców związanych z kształtem ciała, chociaż trudno odnieść ten wynik do postawionej hipotezy, która zakładała, że w warunkach prezentacji bodźców przez 150 ms odkryta zostanie orientacja uwagi ku bodźcom znaczącym (w przypadku chorych – ku fotografiom o walencji negatywnej, zaś u zdrowych kobiet – ku fotografiom o walencji pozytywnej).

Te dwa odkrycia (w największym stopniu pierwsze) należy traktować jako potwierdzenie poznawczych i poznawczo-behawioralnych teorii zaburzeń odżywiania (np. Vitousek, Hollon, 1990; Williamson i in., 2004; zob. też: Cash, 2002; Johansson, 2006; Lee, Shafran, 2004; Rieger i in., 1998), według których dezadaptacyjne schematy poznawcze związane z jedzeniem i ciałem cechujące osoby z tymi zaburzeniami zniekształcają przetwarzanie informacji u tych osób w taki sposób, że sprawniej przetwarzają one dane zgodne z tymi schematami (tzn. reagują szybciej na negatywne bodźce związane z jedzeniem i ciałem), a przejawiają opór wobec danych niezgodnych z tymi schematami (tzn. unikają pozytywnych bodźców związanych z jedzeniem i ciałem; np. Rieger i in., 1998). Uzyskane wyniki świadczą o oporze wobec informacji niezgodnych ze schematami związanymi z kształtem ciała w gru-

pie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym. Wyniki te należy także zinterpretować w kontekście koncepcji Younga (1999), który scharakteryzował trzy style radzenia sobie ze schematami (poddanie się im, unikanie ich i kompensację). W świetle tych wyników osoby z zaburzeniami odżywiania stosują pierwszy typ radzenia sobie ze schematami, który przyjmuje w tym przypadku postać unikania pozytywnych bodźców związanych z kształtem ciała.

Niestety wyniki badań nie potwierdziły istnienia różnic międzygrupowych pod względem tendencyjności uwagi dla negatywnych i pozytywnych bodźców związanych z jedzeniem. Chociaż bowiem odkryto takie różnice w warunkach czasu prezentacji bodźców przez 1250 ms (kobiety z jadłowstrętem psychicznym przejawiały unikanie uwagowe tych bodźców, zaś zdrowe kobiety cechowała przeważnie trudność w odangażowaniu od nich uwagi), to jednak dotyczyły one wszystkich bodźców, niezależnie od ich walencji.

Dużym zaskoczeniem okazały się także wyniki wskazujące na brak różnic międzygrupowych dla pozytywnych i negatywnych bodźców związanych z wagą ciała i dla bodźców związanych z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami. Chociaż dla tej drugiej grupy bodźców odkryto takie różnice w warunkach czasu prezentacji bodźców przez 750 ms (zdrowe kobiety cechowały większe: orientacja uwagi ku tym bodźcom i trudność z odangażowaniem uwagi od nich w porównaniu z pacjentkami z zaburzeniami odżywiania), to jednak dotyczyły one wszystkich bodźców niezależnie od ich walencji.

Najbardziej zastanawiający jest brak różnic międzygrupowych w zakresie bodźców związanych z wagą ciała, zważywszy, że wielu badaczy podkreślało ogromną rolę schematów dotyczących tej sfery u osób z zaburzeniami odżywiania. Vitousek i Hollon (1990) wręcz twierdzą, że schematy te stanowią „poznawczą »istotę« tych zaburzeń” (s. 191) i że to one odpowiadają za charakteryzujące je psychopatologię. Takie założenie nie znalazło potwierdzenia w przeprowadzonych przez autorkę badaniach.

Pewnym zaskoczeniem były również wyniki pokazujące tendencyjność uwagi dla neutralnych bodźców związanych z kształtem ciała (prezentowanych w czasie 1250 ms i 150 ms), gdyż hipoteza 2 nie zakładała istnienia takiej tendencyjności uwagi u badanych. Okazało się, że pacjentki z jadłowstrętem psychicznym cechowała trudność w odangażowaniu uwagi od neutralnych bodźców dotyczących kształtu ciała, zaś kobiety zdrowe – unikanie uwagowe tych bodźców.

Jedną z przyczyn wyżej wymienionych zaskakujących wyników mogło być nie do końca trafne zakwalifikowanie bodźców znaczących odpowiednio do puli: bodźców pozytywnych, negatywnych i neutralnych, chociaż należy podkreślić, że autorka badań rzetelnie dokonała tego doboru, opierając się z jednej strony na ocenach osób

chorych (pula bodźców wykorzystana w wersji zadania „dot-probe” przeznaczona dla badania grup klinicznych), z drugiej zaś strony – na ocenach zdrowych kobiet (pula bodźców wykorzystana w wersji zadania „dot-probe” przeznaczona dla badania grupy kontrolnej).

Planując przyszłe badania w tym obszarze, należałoby jeszcze raz zastanowić się, jaka procedura doboru bodźców znaczących do prób w zadaniu „dot-probe” zasługuje na miano najrzetelniejszej. Dobór przeprowadzony na podstawie oszacowań dokonanych przez osoby z zaburzeniami odżywiania (mamy tu na myśli wersję powyższego zadania przeznaczoną do badania osób z tymi zaburzeniami) i osoby zdrowe (w przypadku wersji powyższego zadania przeznaczona do badania osób zdrowych) był w świetle danych z literatury przedmiotu prawdopodobnie dobrą metodologicznie decyzją, jednak być może istnieje niezidentyfikowany do tej pory czynnik, który sprawił, że zastosowane bodźce nie były dostatecznie wyraziste dla badanych. Chociaż zastosowanie procedury eksperymentalnej z założenia miało wykluczyć wpływ zaprzeczenia, a dodatkowo przeprowadzając analizy weryfikujące hipotezę 2 kontrolowano pośrednio ten czynnik poprzez ujęcie w nich zmiennej zapotrzebowanie na aprobatę społeczną, jednak nie można wykluczyć, że czynnik ten mógł na poziomie nieświadomym (jako mechanizm obronny stosowany podczas krótszych czasów prezentacji, zwłaszcza podczas prezentacji podprogowej trwającej 17 ms) bądź świadomym (mającym miejsce podczas dłuższych czasów prezentacji, zwłaszcza tych trwających: 750 ms i 1250 ms) wpływać na uzyskane wyniki. Niestety jak już wspomniano interpretując wyniki weryfikujące hipotezę 1, ponowna ocena walencji bodźców po eksperymencie, która być może odkryłaby ewentualne błędy w doborze bodźców pod względem walencji, znacznie skomplikowałaby procedury statystyczne, dlatego z niej zrezygnowano.

Warto także podkreślić, że można również poszukiwać przyczyny zaskakujących wyników w różnicy między sposobem badania, którego celem było dokonanie klasyfikacji bodźców, i badania właściwego. O ile w pierwszym przypadku osoby badane oceniały bodźce w sposób świadomy, bez presji czasu przyglądając się obrazkom, o tyle w badaniu właściwym czas prezentacji bodźców był bardzo krótki. Istnieje możliwość, że obrazy oceniane jako pozytywne podczas doboru bodźców mogły być odbierane jako neutralne lub negatywne podczas głównego badania. Istnieje także możliwość, że bodźce prezentowane bardzo krótko (w czasie 17 ms lub 150 ms) mogły wpływać na ocenę bodźców prezentowanych dłużej (750 ms lub 1250 ms), stąd być może efekty walencji ujawniały się raczej przy czasach prezentacji 750 ms i 1250 ms. Warto ponadto podkreślić, że chociaż od czasów badań nad prymowaniem afektywnym, które przeprowadzał Zajonc (1985), wiadomo, że afekt może wyprzedzać ocenę poznawczą, jednak ma to miejsce przy zastosowaniu prostych

i jednoznacznych bodźców, należących do pojedynczej semantycznej kategorii, takich jak na przykład twarze wyrażające radość lub złość (np. Storbeck, Robinson, 2004). Omawiane w niniejszej pracy badania stosowały jednak bardziej złożone i mniej jednoznaczne bodźce. Zatem nie można wykluczyć, że podczas eksperymentu nie miało w ogóle miejsca poprzedzanie afektywne, a o reakcji badanych decydowały semantyczne właściwości pokazywanych obrazów.

W świetle uzyskanych wyników warto także zastanowić się nad leżącą u podłoża hipotezy 2 klasyfikacją Quimet i in. (2009), którzy uzależniają funkcjonowanie uwagi od różnych czasów prezentacji bodźców, twierdząc, że orientacja uwagi występuje w czasie nie przekraczającym 30 ms, zaangażowanie uwagi – w czasie 30–500 ms, odangażowanie uwagi – w czasie 500–1000 ms, a unikanie uwagowe – w czasie przekraczającym 1000 ms. Uzyskane wyniki, chociaż w pewnym stopniu potwierdzają zasadność tej klasyfikacji (np. w grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym odkryto unikanie pozytywnych bodźców dotyczących kształtu ciała, gdy były one prezentowane w czasie 1250 ms), to jednak niektóre wyniki wydają się jej przeczyć (np. wśród zdrowych kobiet odkryto trudności z odangażowaniem uwagi od pozytywnych bodźców dotyczących kształtu ciała, gdy były one prezentowane w czasie 1250 ms). Przyszłe badania powinny niewątpliwie uwzględnić możliwość lepszej weryfikacji zależności między czasem prezentacji bodźców a poszczególnymi komponentami tendencyjności uwagi.

Według hipotezy trzeciej „Wystąpią różnice między tendencyjnością uwagi u zdrowych kobiet z subklinicznymi zaburzeniami odżywiania i u zdrowych kobiet bez subklinicznych zaburzeń odżywiania w zakresie negatywnych i pozytywnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania (dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć), w szczególności:

- zdrowe kobiety z subklinicznymi zaburzeniami odżywiania będą przejawiały:
 - orientację uwagi ku negatywnym bodźcom dotyczącym jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 17 ms i w czasie 150 ms;
 - trudność w odangażowaniu uwagi od negatywnych bodźców dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 750 ms;
 - uwagowe unikanie pozytywnych bodźców dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 1250 ms.
- zdrowe kobiety bez subklinicznych zaburzeń odżywiania będą przejawiały:

- orientację uwagi ku pozytywnym bodźcom dotyczącym jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 17 ms i w czasie 150 ms;
- trudność w odangażowaniu uwagi od pozytywnych bodźców dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 750 ms;
- uwagowe unikanie negatywnych bodźców dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć w warunkach prezentacji tych bodźców w czasie 1250 ms”.

Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym (*mixed ANCOVA*) w układzie 3 (walencja – pozytywna, negatywna, neutralna) x 2 (podgrupa kobiet z wynikiem poniżej mediany i podgrupa kobiet z wynikiem powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania), w których kowariantami były takie zmienne, jak: wiek, BMI, depresja, lęk-*stan*, lęk-*cecha*, zapotrzebowanie na aprobatę społeczną i subiektywnie odczuwany głód, uzupełnione (gdy odnotowano wynik istotny statystycznie) o testy jednoczynnikowe i planowane kontrasty oraz o analizę, której celem było zbadanie, jaki typ tendencji uwagi przejawiały badane, niestety nie potwierdziły postawionej hipotezy.

Po pierwsze, w zakresie bodźców związanych z jedzeniem, kształtem ciała i wagą ciała analiza nie ujawniła istotnych statystycznie efektów interakcji grupy i walencji, co oznacza, że gdy kontroli podlegały takie zmienne, jak: BMI, depresja, lęk-*stan*, lęk-*cecha*, zapotrzebowanie na aprobatę społeczną i subiektywnie odczuwany głód, nie wystąpiły istotne statystycznie różnice międzygrupowe pod względem tendencji uwagi dla tych bodźców.

Po drugie, w zakresie bodźców związanych z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami analiza wykazała, że w warunkach czasu prezentacji bodźców przez 17 ms, grupa zdrowych kobiet z wynikami powyżej mediany (w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania) przejawiała większą tendencyjność uwagi niż grupa zdrowych kobiet z wynikami poniżej mediany. Opierając się na danych z tabeli 31, można wysunąć wniosek, że grupę kobiet z subklinicznymi zaburzeniami odżywiania cechowało unikanie uwagowe bodźców związanych z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami, zaś grupę kobiet bez subklinicznych zaburzeń odżywiania – cechowała przeważnie orientacja uwagi ku tym bodźcom. Niestety ten wynik dotyczył wszystkich bodźców z tej grupy bez względu na walencję.

Należy zadać pytanie, dlaczego wykonane analizy nie potwierdziły postawionej hipotezy. Po pierwsze, być może zadanie „dot-probe” było mało wrażliwe na identyfikację tendencji uwagi u zdrowych osób. Na taką wadę tego testu

zwraca uwagę m.in. Schmukle (2005). Po drugie, być może różnica między grupą kobiet z subklinicznymi zaburzeniami odżywiania i grupą zdrowych kobiet bez takich zaburzeń pod względem z troskania o jedzenie i ciało była zbyt mała, aby mogła wpłynąć znacząco na wykonanie wspomnianego zadania. W przyszłych badaniach należałoby wyodrębnić wyżej wymienione dwie grupy w oparciu o większą próbę i bardziej szczegółowe dane (np. BMI, wizerunek własnego ciała, oszacowanie rozmiaru własnego ciała) niż jedynie wyniki uzyskane w dwóch subskalach kwestionariusza EDI. Niewątpliwie uzyskane wyniki niezmiernie wzbogaciłyby fenomenologiczny wywiad z badanymi kobietami na temat postrzegania przez nie ich ciała, zwłaszcza w kontekście standardów narzuconych przez lipofobiczną kulturę.

Według hipotezy czwartej „U pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i u pacjentek z żarłocznością psychiczną będzie istniał dodatni związek między tendencyjnością uwagi dla negatywnych i pozytywnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania (dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć) a psychopatologią zaburzeń odżywiania (wynikami uzyskiwanymi na siedmiu podskalach kwestionariusza EDI)”.

Wyniki analiz korelacji w dużej mierze potwierdziły hipotezę 4, a mianowicie wykazano liczne dodatnie związki między tendencyjnością uwagi dla negatywnych i pozytywnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania a psychopatologią tych zaburzeń (wynikami uzyskiwanymi na siedmiu podskalach testu EDI).

Analiza korelacji Spearmana między tendencyjnością uwagi dla negatywnych i pozytywnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania a psychopatologią zaburzeń odżywiania w grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym wykazała:

- dodatnie korelacje między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kształtu ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć a Nieufnością w relacjach międzyludzkich;
- dodatnią korelację między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących kształtu ciała a Dążeniem do bycia szczupłym;
- dodatnie korelacje między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących jedzenia a Perfekcjonizmem i Obawami przed dojrzwianiem.

Należy zwrócić szczególną uwagę na wyniki, które pokazują, że dążenie do szczupłości nie tyle wiąże się z tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kształtu ciała, co z tendencyjnością uwagi dla bodźców pozytywnych z tej grupy. Wynik ten odkryto jedynie dla czasu prezentacji tych bodźców równego

750 ms, gdyż gdy czas ich prezentacji wynosił 17 ms, wówczas ten związek był ujemny i nie potwierdzał postawionej hipotezy. Podobnie perfekcjonizm i obawy przed dojrzwianiem, tak istotne w przebiegu zaburzeń odżywiania, wiążą się z tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców, z tym, że w tym wypadku, związanych z jedzeniem. Wreszcie trudności interpersonalne wiążą się z tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kształtu ciała. Powyższe wyniki pokazują, że generalnie to tendencyjność uwagi dla pozytywnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania wiąże się z psychopatologią tych zaburzeń. Potwierdza to wyniki analiz weryfikujących inne hipotezy postawione w niniejszej pracy, przede wszystkim testujących hipotezę 2, które wykazały, że w psychopatologii zaburzeń odżywiania dużą rolę odgrywa tendencyjność uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących tych zaburzeń.

Za zastanawiające należy uznać ujemne korelacje (między pozytywnymi bodźcami dotyczącymi kompetencji/samooceny/osiągnięć a Obawami przed dojrzwianiem, między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć a Dążeniem do bycia szczupłym i Bulimią, między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących kształtu ciała prezentowanych przez 17 ms a Dążeniem do bycia szczupłym, między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących wagi ciała a Nieefektywnością), które przeczyły postawionej hipotezie o dodatnich związkach między tendencyjnością uwagi dla bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania a psychopatologią tych zaburzeń. Należy również zwrócić uwagę na nieujmowane w hipotezie liczne korelacje (zarówno dodatnie, jak i ujemne) między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania a psychopatologią tych zaburzeń, które ujawniły przeprowadzone analizy.

Analiza korelacji Spearmana między tendencyjnością uwagi dla negatywnych i pozytywnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania a psychopatologią zaburzeń odżywiania w grupie pacjentek z żarłocznością psychiczną wykazała:

- dodatnią korelację między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących jedzenia a Nieufnością w relacjach międzyludzkich;
- dodatnią korelację między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć a Nieefektywnością;
- dodatnie korelacje między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących kształtu ciała a Dążeniem do bycia szczupłym i Nieefektywnością;
- dodatnie korelacje między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kształtu ciała a Dążeniem do bycia szczupłym, Niezadowoleniem z własnego ciała i Nieefektywnością;

- dodatnie korelacje między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kształtu ciała a Nieufnością w relacjach międzyludzkich, Świadomością interoceptywną i Obawami przed dojrzwaniem;
- dodatnią korelację między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć a Nieufnością w relacjach interpersonalnych.

Warto zwrócić uwagę na wyniki, które pokazują, że dążenie do bycia szczupłym, ale także prawdopodobnie związane z nim poczucie nieefektywności, wiąże się zarówno z tendencyjnością uwagi dla negatywnych, jak i pozytywnych bodźców dotyczących kształtu ciała (prezentowanych w obu przypadkach przez 17 ms), przy czym pierwszy typ tendencyjności wiązał się także z niezadowoleniem z własnego ciała. Należy także podkreślić, że ten typ tendencyjności uwagi wiązał się również z trudnościami w rozpoznawaniu sytości i głodu. Ciekawy jest także wynik pokazujący związek między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących jedzenia a nieufnością w relacjach interpersonalnych, co może wskazywać na problemy osób z żarłocznością psychiczną ze znalezieniem się w sytuacjach wiążących się ze spożywaniem posiłków wśród ludzi. Zapewne odczuwają one wówczas dyskomfort, stres, a być może również wstyd. Wynikiem, który wydaje się być zrozumiały, jest związek między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć a poczuciem nieefektywności.

Interpretując uzyskane wyniki, za zastanawiającą należy uznać ujemną korelację między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć (gdy były prezentowane przez 750 ms) a Świadomością interoceptywną, która nie potwierdziła hipotezy zakładającej dodatnie związku między tendencyjnością uwagi dla znaczących dla badanych bodźców a psychopatologią zaburzeń odżywiania. Ponownie, jak w przypadku grupy kobiet z jadłowstrętem psychicznym, należy wspomnieć o nieujmowanych w hipotezie licznych korelacjach (zarówno dodatnich, jak i ujemnych) między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania a psychopatologią tych zaburzeń, które ujawniły przeprowadzone analizy.

Analiza korelacji Spearmana między tendencyjnością uwagi dla negatywnych i pozytywnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania a psychopatologią zaburzeń odżywiania w grupie zdrowych kobiet wykazała:

- dodatnie korelacje między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć a Dążeniem do szczupłości i Niezadowoleniem z własnego ciała;

- dodatnie korelacje między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących wagi ciała a Bulimią i Nieufnością w relacjach międzyludzkich.

Chociaż wyników świadczących o dodatnich związkach między tendencyjnością uwagi dla bodźców dotyczących zaburzeń odżywiania a psychopatologią zaburzeń odżywiania w grupie zdrowych kobiet jest niewiele, zasługują one na uwagę. Po pierwsze, pokazują one, że wśród zdrowych kobiet tendencyjność uwagi w zakresie pozytywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć wiąże się z dążeniem do szczupłości i niezadowoleniem z własnego ciała, co w świetle tych wyników można określić nie tylko jako osiowe objawy zaburzeń odżywiania, ale także jako czynniki ryzyka tych chorób. Po drugie, uzyskane wyniki świadczą o tym, że tendencyjność uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących wagi ciała wiąże się z tendencjami bulimicznymi. Intrygujące jest, że w analizowanej grupie zasadniczo z psychopatologią zaburzeń odżywiania wiąże się tendencyjność uwagi dla pozytywnych bodźców związanych z tymi zaburzeniami. Wynik ten potwierdza wyniki analiz weryfikujących inne hipotezy postawione w niniejszej pracy, przede wszystkim testujących hipotezę 2, które wykazały, że w psychopatologii zaburzeń odżywiania dużą rolę odgrywa tendencyjność uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących tych zaburzeń. Oczywiście omawiane wyniki dotyczą zdrowych kobiet, jednak znalazły się wśród nich także osoby z subklinicznymi zaburzeniami odżywiania (zob. też: analiza weryfikująca hipotezę 3).

Podobnie jak w przypadku analizy korelacji w grupach pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i żarłocznością psychiczną, tak i w przypadku analizy korelacji w grupie zdrowych kobiet za zastanawiające należy uznać ujemne korelacje (między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kształtu ciała a Obawami przed dojrzewaniem, między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących jedzenia a Nieefektywnością, między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć a Dążeniem do bycia szczupłym i Perfekcjonizmem, między tendencyjnością uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących kompetencji/samooceny/osiągnięć a Nieefektywnością i Świadomością interoceptywną), które nie potwierdziły postawionej hipotezy, zakładającej dodatnie związki między tendencyjnością uwagi dla bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania a psychopatologią tych zaburzeń. Warto także wspomnieć o nieujmowanych w hipotezie licznych korelacjach (zarówno dodatnich, jak i ujemnych) między tendencyjnością uwagi dla neutralnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania a psychopatologią tych zaburzeń, chociaż wyniki te są bardziej zrozumiałe, gdy porówna się je z tego typu wynikami uzyskanymi w grupach klinicznych, ze względu na badaną w tym przypadku grupę.

Reasumując, chociaż uzyskane wyniki pokazują, jakie błędy uwagi wiążą się (mam tu na myśli związek dodatni) z psychopatologią zaburzeń odżywiania, tym samym potwierdzając postawioną hipotezę, to jednak wiele z wyników pozostaje zagadką (chodzi tutaj zwłaszcza o ujemne korelacje, ale także o korelacje między tendencyjnością uwagi dla bodźców neutralnych i psychopatologią).

Niewątpliwie ograniczeniem przeprowadzonej analizy korelacji jest to, że nie można określić (co było możliwe w przypadku analiz weryfikujących hipotezy 2 i 3) typu tendencyjności uwagi. Z tego względu nie można sprecyzować, czy tendencyjność uwagi dla pozytywnych bodźców dotyczących zaburzeń odżywiania oznaczała ukierunkowanie uwagi na te bodźce i/lub trudność w odangażowaniu od nich uwagi, czy unikanie tych bodźców. Analogiczny deficyt dotyczy tendencyjności uwagi dla negatywnych bodźców dotyczących zaburzeń odżywiania. Ograniczenie to uniemożliwia także pogłębioną interpretację wyników świadczących o zaskakujących ujemnych związkach między tendencyjnością uwagi dla pozytywnych i negatywnych bodźców dotyczących zaburzeń odżywiania a psychopatologią tych zaburzeń. Warto przeprowadzić w przyszłości pogłębione analizy statystyczne, które umożliwią rozróżnienie związku trzech komponentów tendencyjności uwagi z psychopatologią zaburzeń odżywiania.

WNIOSKI KOŃCOWE

Badacze zaburzeń odżywiania podkreślają, że osoby z tymi zaburzeniami selektywnie przetwarzają informacje dotyczące jedzenia, kształtu i wagi ciała (Fairburn i in., 2003). U podłoża tego nieprawidłowego przetwarzania informacji mogą leżeć dezadaptacyjne schematy związane z jedzeniem i ciałem, a przede wszystkim schematy Ja związane z wagą ciała (Vitousek, Hollon, 1990). Istotą tych schematów jest spostrzeganie siebie, a przede wszystkim swojego ciała, przez pryzmat przypisywanej sobie w oparciu o „dowody” (np. odczucie napełnionego żołądka) otyłości (Williamson i in., 2004). Schematy te można określić za pomocą wypowiedzi chorego „Jestem otyły/a”, która w żaden sposób nie odzwierciedla prawdy o jego rzeczywistym wyglądzie. Stein i Corte (2003) określają ten typ konstrukcji poznawczych jako „schemat Ja oparty na dużej wadze ciała” (s. 62). Według Williamsona i in. (2004) schematy tego rodzaju są tak wszechogarniające i silne, że dla osoby je posiadającej stanowią one swoistą „rzeczywistość” (s. 715). Chory uzależnia swoją samoocenę od łagodzenia odczucia otyłości, co jednak okazuje się być bardzo trudne, o ile nie niemożliwe, gdyż cel, do którego dąży, jest bardzo wyśrubowany. Idealna według niego waga jest tak niska, że praktycznie niemożliwa do osiągnięcia (Lemma-Wright, 1994). Bardzo często te dezadaptacyjne schematy stają się chronicznie dostępne (Strauman i in., 1991), co oznacza, że znajdują się one w stałym „pogotowiu poznawczym” (Higgins, 1990, s. 304), a życie chorego skoncentrowane jest jedynie na reagowaniu na najmniejsze przejawy zagrożenia otyłością. Z tego względu schematy związane z jedzeniem i ciałem odpowiadają nie tylko za rozwinięcie przez daną osobę zaburzenia odżywiania, ale i za jego utrzymanie (Vitousek, Hollon, 1990).

Wydaje się zatem, że niezmiernie istotna jest eksploracja przetwarzania informacji przez osoby z zaburzeniami odżywiania z założeniem, że opiera się ono na

dezadaptacyjnych schematach dotyczących jedzenia, kształtu i wagi ciała. Niestety Mogg i in. (2001) podkreślają, że można mówić o niedoskonałym zapleczu teoretycznym dla badań tego typu. Chociaż zaproponowano zaawansowane modele poznawcze zaburzeń odżywiania (np. Fairburn i in., 2003; Vitousek, Hollon, 1990; Williamson i in., 2004), które zostały szczegółowo omówione w niniejszej pracy, to jednak potwierdzenia ich adekwatności i powodów ich udoskonalania poszukiwano w doniesieniach na temat skuteczności psychoterapii o nie opartej (np. Farburn i in., 2003).

Z tego względu autorka niniejszej pracy postawiła sobie za cel weryfikację adekwatności wyżej wymienionych poznawczych i poznawczo-behawioralnych teorii zaburzeń odżywiania, zwłaszcza pod względem tego, jak charakteryzują one oparte na schematach przetwarzanie informacji przez osoby z tymi zaburzeniami (np. Vitousek, Hollon, 1990). Autorka niniejszej pracy, chcąc zbadać oparte na schematach przetwarzanie informacji u osób z zaburzeniami odżywiania, postanowiła skoncentrować się na tendencyjności uwagi, która nawiązuje do założenia, że osoby z zaburzeniami psychicznymi różnią się od osób zdrowych pod względem przetwarzania bodźców, które są dla nich istotne (Cisler, Koster, 2010; Williamson i in., 2004). Eksploracja opartego na dezadaptacyjnych schematach przetwarzania informacji ze szczególnym uwzględnieniem tendencyjności uwagi, stała się możliwa dzięki autorskiej modyfikacji zadania „dot-probe”, skonstruowanej dla potrzeb opisywanych badań. Zadanie to zostało tak zaprojektowane, aby mierzyć trzy komponenty uwagi (czujność uwagi, trudności z odangażowaniem uwagi i unikanie uwagowe), co z kolei umożliwiło zbadanie, jak osoby z zaburzeniami odżywiania radzą sobie z dezadaptacyjnymi schematami związanymi z tymi zaburzeniami (Young, 1999). Autorka niniejszych badań postanowiła zatem zbadać, czy osoby z zaburzeniami odżywiania:

- poddają się tym schematom – przetwarzają sprawnie informacje zgodne z nimi, czyli negatywne w ich ocenie bodźce dotyczące jedzenia, kształtu i wagi ciała, ukierunkowując na nie uwagę i stawiają opór informacjom niezgodnym z nimi, czyli pozytywnym w ich ocenie bodźcom dotyczącym jedzenia, kształtu i wagi ciała, przetwarzając je mniej sprawnie w próbie uniknięcia ich (Rieger i in., 1998);
- stosują kompensację – przetwarzają sprawnie informacje niezgodne ze schematami, czyli pozytywne w ich ocenie bodźce dotyczące jedzenia, kształtu i wagi ciała, ukierunkowując na nie uwagę, czy też;
- unikają ich – stawiają opór informacjom zgodnym ze schematami, czyli negatywnym w ich ocenie bodźcom dotyczącym jedzenia, kształtu i wagi ciała, przetwarzając je mniej sprawnie w próbie uniknięcia ich.

Autorka pracy zakładała, że osoby z zaburzeniami odżywiania będą poddawać się destrukcyjnym schematom związanym z jedzeniem i ciałem. Dodatkowo autorka postanowiła włączyć do eksperymentu z wykorzystaniem zadania „dot-probe” bodźce związane z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami, traktując je jako bardzo istotne dla osób z zaburzeniami odżywiania.

Wyniki badań, poza potwierdzeniem zakładanego przez hipotezę 4 związku między tendencyjnością uwagi dla bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania a psychopatologią tych zaburzeń (wynik ten potwierdził hipotezę 4), ujawniły tendencyjność uwagi u pacjentek z zaburzeniami odżywiania dla pozytywnych bodźców związanych z jedzeniem i kształtem ciała, co w części potwierdziło hipotezę 1 (wyniki nie potwierdziły istnienia tendencyjności uwagi dla bodźców dotyczących wagi ciała i kompetencji/samooceny/osiągnięć).

Bardziej szczegółowe analizy, weryfikujące hipotezę 2, potwierdziły, że pacjentki z jadłowstrętem psychicznym cechuje, oparte prawdopodobnie na dezadaptacyjnych schematach, przetwarzanie informacji związanych z ciałem, a mianowicie w tej grupie odkryto tendencyjność uwagi, polegającą na unikaniu pozytywnych bodźców związanych z kształtem ciała (niestety nie udało się dowieść istnienia takiej tendencyjności w grupie zdrowych kobiet z subklinicznymi zaburzeniami odżywiania, co zakładała hipoteza 3). Te wyniki potwierdzają, że zasadniczym problemem, z jakim zmagają się osoby z jadłowstrętem psychicznym jest to, iż nie przyjmują one do wiadomości, że są bardzo szczupłe i patrzą na siebie wyłącznie poprzez pryzmat przekonania o swojej otyłości. Ja idealne (czyli Ja szczupłe) stanowi dla nich kotwicę, służącą jako punkt odniesienia podczas najczęściej negatywnej oceny samego siebie. Idealna według nich waga ciała jest bowiem w praktyce zbyt mała, aby była możliwa do osiągnięcia. Jak twierdzi Wojciechowska (2000, s. 93–94), „cały proces odchudzania (...) dąży w kierunku »odcieśnienia«, aby dojść do wewnętrznej istoty – tak naprawdę to nieskończony proces dochodzenia do prawdziwego ja”. Lemma-Wright (1994) nazywa świat chorych „twierdzą”, z której nie mogą i nawet nierzadko nie chcą się wydobyć, a ich rysunki tworzone podczas arteterapii przedstawiają domy z oknami zasuniętymi kotarami, otoczone wysokimi murami i płotami, z wielkimi zamkami w drzwiach i stojącymi przy nich dzikimi psami (Levens, 1995).

Skoro w świetle wyników badań można stwierdzić, że osoby z jadłowstrętem psychicznym unikają konfrontacji z tymi informacjami, które mogłyby zagrażać ich destrukcyjnym schematom, potwierdzającym ich „otyłość”, należałoby zastanowić się, jak te wyniki można wykorzystać praktycznie, w pomocy udzielanej chorym. Badacze od wielu lat próbowali stawić czoła temu problemowi, mając tę świadomość, że chorym niezmiernie trudno wykształcić pozytywną postawę wobec siebie, a przede wszystkim wobec własnego ciała. Negatywna postawa wobec ciała leży przeciwu pod-

łoża choroby, którą cenią, gdyż jest ona nierozzerwalnie związana ich tożsamością, czyli można ją określić jako egosyntoniczną (np. Tan i in., 2003a). Fransella i Button (1983) stwierdzają, że to, jak osoby z jadłowstrętem psychicznym postrzegają siebie w stosunku do choroby, ma znaczenie prognostyczne, gdyż im większe jest znaczenie Ja w stosunku do choroby, tym gorsze jest rokowanie. Autorzy sugerują, że ważne byłoby w ramach psychoterapii pokazanie osobie z jadłowstrętem psychicznym, jak realizować swoje dążenie do bycia niewidocznym bez utraty wagi ciała, na co wskazują także autorzy cybernetycznej koncepcji tej choroby (White, 1987). Z kolei według Lemmy-Wright (1994) osobom z jadłowstrętem psychicznym powinno się ukazać „nie jak być wyleczonym, lecz jak żyć” (s. 90). Wyżej wymienieni badacze akcentują zatem konieczność stworzenia się chorych na nową rzeczywistość, inną niż ta, o której wspominają Williamson i in. (2004), opierającej się na stwierdzeniu „Jestem otyły/a”. Warto w tym miejscu wspomnieć o Programie Oddziaływań na Tożsamość, jaki zaproponowały Stein i Corte (2007), którego celem jest wspieranie rozwoju nowych pozytywnych schematów Ja w celu łagodzenia objawów zaburzeń odżywiania. Autorki uważają, że taka interwencja zwiększyłaby u osób z zaburzeniami odżywiania liczbę pozytywnych schematów Ja w obszarach niezwiązanych z wagą ciała, co przyczyniłoby się do bardziej stabilnego poczucia Ja, bogatszego kontekstu dla przetwarzania odnoszących się do Ja bodźców oraz – między innymi – do szerszego i bardziej urozmaiconego zbioru zainteresowań. Wydaje się, że należałoby także rozpatrywać możliwość zastosowania w przypadku chorych z zaburzeniami odżywiania terapii poznawczo-behawioralnej, wzbogaconej o elementy terapii opartej na schematach (np. Young i in., 2003), której głównymi etapami są: rozpoznanie dezadaptacyjnych schematów występujących u pacjenta oraz ich połączenie z jego aktualnymi, codziennymi problemami, uświadomienie pacjentowi stanów emocjonalnych, jakie wzbudzają w nim te schematy oraz odkrycie stylu radzenia sobie z nimi, jakie stosuje, wreszcie poznanie kosztów, jakie ponosi on z ich tytułu. W kontekście konstruktywnej relacji terapeutycznej następuje pokonanie schematów i niekorzystnych sposobów radzenia sobie z nimi oraz wykształcenie nowych zachowań, które będą opozycyjne wobec tych schematów. Warto rozważyć także elementy terapii usprawniania poznawczego, stanowiącej dla pacjentów z jadłowstrętem psychicznym „laboratorium” (Tchanturia, Hambrook, 2010, s. 133), w którym mogą oni rozwijać elastyczność poznawczą poprzez odkrywanie antagonistycznych wobec destrukcyjnych schematów strategii myślenia. Zaletą tego typu terapii jest szerokie spektrum różnorodnych zadań i ćwiczeń umysłowych, które stosuje się w jej przebiegu (Baldock, Tchanturia, 2007).

Warto dodać, że uzyskane wyniki mogą stanowić podstawę konstrukcji opartego na wynikach badań opisywanych w niniejszej pracy i wykorzystującego procedurę

zadania „dot-probe” treningu poznawczego przeznaczonego dla osób z zaburzeniami odżywiania, mającego na celu zmniejszenie u chorych tendencyjności uwagi dla bodźców związanych z tymi zaburzeniami. Biorąc pod uwagę, że wykazano, iż pacjentki z jadłowstrętem psychicznym unikają pozytywnych bodźców związanych z kształtem ciała, tym samym unikając konfrontacji z dezadaptacyjnymi, opartymi na dużej wadze ciała schematami, należałoby zaprojektować trening orientacji uwagi ku pozytywnym bodźcom związanym z zaburzeniami odżywiania, w tym przede wszystkim tym dotyczącym kształtu ciała. Można to osiągnąć poprzez zaprojektowanie treningu w ten sposób, aby sonda ukazywała częściej w lokalizacji bodźców pozytywnych dotyczących tej tematyki (np. może to być zdjęcie szczupłej kobiety) niż w lokalizacji bodźców neutralnych.

Uzyskane wyniki należy także odnieść do tematu zapobiegania zaburzeniom odżywiania. Chociaż, jak wspomniano, wyniki te nie potwierdziły hipotezy 3, według której zdrowe kobiety z subklinicznymi zaburzeniami odżywiania różnią się od zdrowych kobiet z tymi zaburzeniami pod względem tendencyjności uwagi dla bodźców związanych z jedzeniem i ciałem, to jednak nie oznacza to, że młode kobiety nie są narażone na przekazy ze strony lipofobicznej kultury, która uzależnia piękno i sukces od szczupłości. Williamson i in. (2002) stwierdzają, że najwcześniejszym poznawczym przejawem zaburzenia odżywiania może być rozwój wysoce zintegrowanego cielesnego schematu Ja, będącego następstwem częstej aktywacji informacji dotyczącej ciała istotnej dla Ja. Jak twierdzą Williamson i in. (2004), im częściej aktywowana jest negatywna informacja dotycząca ciała, najczęściej dotycząca jego kształtu i wagi, tym silniejsza jest sieć asocjacyjna dotycząca tej informacji i tym sprawniejsze jest przetwarzanie danych zgodnych z tą informacją, co autorzy określili jako „efekt huraganu” (s. 50). Warto zatem zaproponować przeprowadzenie także w grupie zdrowych (zwłaszcza młodych) kobiet analogicznego do tego, proponowanego dla osób z zaburzeniami odżywiania treningu poznawczego, który pozwoli przynajmniej w pewnym stopniu powstrzymać wspomniany wyżej efekt.

W świetle uzyskanych wyników można stwierdzić, że prawdopodobnie u podstaw przetwarzania informacji przez osoby z zaburzeniami odżywiania, a zwłaszcza tendencyjności uwagi, którą można określić za Asanowiczem i Wolskim (2007) – kierunkiem uwagi, leżą dezadaptacyjne schematy związane z jedzeniem i ciałem, które w pewnym sensie składają się na ich poczucie tożsamości. Jak twierdzą Wells i Matthews (1994), jednym z najważniejszych schematów odpowiedzialnych za psychopatologię jest schemat Ja, który w przypadku osób z zaburzeniami odżywiania może przyjmować postać totalitarnego (czyli opornego wobec zmiany poznawczej) Ja, dodajmy – opartego na postrzeganej przez osoby chore dużej wadze ciała. W gruncie rzeczy to ten schemat odpowiada w sposób patologiczny na pojawiające

się u chorego nadrzędne pytanie tożsamościowe „Kim jestem?” (Jarymowicz, 2001, s. 114). Warto zaproponować takie efektywne i oparte na rzetelnej, potwierdzonej empirycznie wiedzy oddziaływania, które zmieniają obecne u osób z zaburzeniami odżywiania, utrzymujące je, chronicznie dostępne „ukierunkowania Ja” (Strauman i in., 1991, s. 954).

BIBLIOGRAFIA

- Abed, R. T. (1998). The sexual competition hypothesis for eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 71(Pt 4), 525–547. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1998.tb01007.x
- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., Kraemer, H. C. (2000). A multi-center comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 459–466. DOI: 10.1001/archpsyc.57.5.459
- Agüera, Z., Brewin, N., Chen, J., Granero, R., Kang, Q., Fernandez-Aranda, F., Arcelus, J. (2017). Eating symptomatology and general psychopathology in patients with anorexia nervosa from China, UK and Spain: A cross-cultural study examining the role of social attitudes. *PLoS One*, 12(3), e0173781.b. DOI: 10.1371/journal.pone.0173781
- Ainsworth, C., Waller, G., Kennedy, F. (2002). Threat processing in women with bulimia nervosa. *Clinical Psychology Review*, 22(8), 1155–1178. DOI: 10.1016/S0272-7358(01)00126-X
- Ajilchi, B., Nejati, V. (2013). Attention bias to sad faces and images: Which is better for predicting depression? *Open Journal of Depression*, 2(3), 19–23. DOI: 10.4236/ojd.2013.23005
- Algom, D., Chajut, E., Lev, S. (2004). A rational look at the emotional Stroop paradigm: A generic slowdown, not a Stroop effect. *Journal of Experimental Psychology: General*, 133(3), 323–338. DOI: 10.1037/0096-3445.133.3.323
- American Psychiatric Association (2006). Treatment of patients with eating disorders. Third edition. American Psychiatric Association. *American Journal of Psychiatry*, 163(7 Suppl), 4–54.
- Amianto, F., Northoff, G., Abbate Daga, G., Fassino, S., Tasca, G. A. (2016). Is anorexia nervosa a disorder of the self? A psychological approach. *Frontiers in Psychology*, 7, 849. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00849
- Amir, N., Beard, C., Taylor, C., Klumpp, H., Elias, J., Burns, M., Chen, X. (2009). Attention training in individuals with Generalized Social Phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 961–973. DOI: 10.1037/a0016685

- Amir, N., Elias, J., Klumpp, H., Przeworski, A. (2003). Attentional bias to threat in social phobia: Facilitated processing of threat or difficulty disengaging attention from threat? *Behaviour Research and Therapy*, 41(11), 1325–1335. DOI: 10.1016/S0005-7967(03)00039-1
- Andersen, B. L., Cyranowski, J. C. (1994). Women's sexual self schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1079–1100. DOI: 10.1037/0022-3514.67.6.1079
- Appadurai, A. (1986). *The social life of things: Commodities in cultural perspective*. Nowy Jork: Cambridge University Press.
- Armstrong, T., Olatunji, B. O. (2012). Eye tracking of attention in the affective disorders: A meta-analytic review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, 32(8), 704–723. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.09.004
- Asanowicz, D., Wolski, P. (2007). Funkcjonowanie uwagi w stanach lękowych, zaburzeniach emocjonalnych i fobiach. Zagadnienia metodologiczne paradygmatu „dot-probe”. W: *Psychologia i medycyna. Wspólne obszary zainteresowań* (s. 5–16). Warszawa: VI-ZJA PRESS & IT.
- Aspen, V., Darcy, A. M., Lock, J. (2013). A review of attention biases in women with eating disorders. *Cognition & Emotion*, 27(5), 820–838. DOI: 10.1080/02699931.2012.749777
- Baldock, E., Tchanturia, K. (2007). Translating laboratory research into practice: Foundations, functions, and future of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa. *Therapy*, 4(3), 285–292. DOI: 10.2217/14750708.4.3.285
- Bannerman, R. L., Milders, M. V., Sahraie, A. (2010). Attentional cueing: Fearful body postures capture attention with saccades. *Journal of Vision*, 10(5), 23. DOI: 10.1167/10.5.23
- Barbarich, N. C. (2002). Lifetime prevalence of eating disorders among professional in the field. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 10(4), 305–312. DOI: 10.1080/10640260214505
- Barber, J. P., Stratt, R., Halperin, G., Connolly, M. B. (2001). Supportive techniques: Are they found in different therapies? *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(3), 165–172.
- Bar-Haim, Y. (2010). Research review: Attention bias modification (ABM): A novel treatment for anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), 859–870. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2010.02251.x
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ilzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious. *Psychological Bulletin*, 133(1), 1–24. DOI: 10.1037/0033-2909.133.1.1
- Bar-Haim, Y., Shulman, C., Lamy, D., Reuveni, A. (2006). Attention to eyes and mouth in high-functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 131–137. DOI: 10.1007/s10803-005-0046-1
- Barrett, M. J., Schwartz, R. (1987). Couple therapy for bulimia nervosa. W: J. E. Harkaway (red.), *Eating disorders (The family therapy collections)* (s. 25–39). Rockville: Aspen Publishers.
- Barrowclough, C., King, P., Colville, J., Russell, E., Burns, A., Tarrier, N. (2001). A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 756–762. DOI: 10.1037//0022-006X.69.5.756

- Barry, T. J., Vervliet, B., Hermans, D. (2015). An integrative review of attention biases and their contribution to treatment for anxiety disorders. *Frontiers in Psychology*, 6, 968. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00968
- Battagliese, G., Lombardo, C. (2011). Attentional bias in psychopathology. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 17(1), 75–98.
- Baumeister, R. F. (1998). The self. W: D. T. Gilbert, S. T. Fiske, G. Lindzey (red.), *The handbook of social psychology*, t. 1 (s. 680–740). Nowy Jork: McGraw-Hill.
- Bayless, J. D., Kanz, J. E., Moser, D. J., McDowell, B. D., Bowers, W. A., Andersen, A. E., Paulsen, J. S. (2002). Neuropsychological characteristics of patients in a hospital-based eating disorder program. *Annals of Clinical Psychiatry*, 14(4), 203–207. DOI: 10.1023/A:1021905916252
- Bąk, W. (2002). E. Tory Higginsa teoria rozbieżności. *Przegląd Psychologiczny*, 45(1), 39–55.
- Beato-Fernandez, L., Rodriguez-Cano, T. (2003). Attitudes towards change in eating disorders (ACTA): Development and psychometric properties. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(3), 111–119.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nowy Jork: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nowy Jork: International Universities Press.
- Beck, A. T., Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49–58. DOI: 10.1016/S0005-7967(96)00069-1
- Beck, A. T., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D., Fleming, B., Ottaviani, R., Beck, J., Simon, K. M., Padesky, C., Meyer, J., Trexler, L. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Nowy Jork: Guilford.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nowy Jork: Guilford.
- Beck, A. T., Steer, R. (1990). *Beck Anxiety Inventory*. San Antonio: Harcourt Assessment. Inc.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory II*. San Antonio: Harcourt Assessment. Inc.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571. DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Beck, J. S. (2005). *Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Beevers, C. G., Clasen, P. C., Enock, P. M., Schnyer, D. M. (2015). Attention bias modification for major depressive disorder: Effects on attention bias, resting state connectivity, and symptom change. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(3), 463–475. DOI: 10.1037/abn0000049
- Bell, C., Kirkpatrick, S., Rinn, R. (1986). Body image of anorexic, obese and normal females. *Journal of Clinical Psychology*, 42(3), 431–439. DOI: 10.1002/1097-4679(198605)42:3<431::AID-JCLP2270420305>3.0.CO;2-I

- Bemis, K. M. (1986). *A comparison of the subjective experience of individuals with eating disorders and phobic disorders* (Niepublikowana praca doktorska). University of Minnesota. Minneapolis.
- Ben-Porath, Y. S., Butcher, J. N. (1989). Psychometric stability of rewritten MMPI items. *Journal of Personality Assessment*, 53(4), 645–653. DOI: 10.1207/s15327752jpa5304_1
- Ben-Tovim, D. I., Walker, M. K., Fok, D., Yap, E. (1989). An adaptation of the Stroop test for measuring shape and food concerns in eating disorders: A quantitative measure of psychopathology? *International Journal of Eating Disorders*, 8(6), 681–687. DOI: 10.1002/1098-108X(198911)8:6<681::AID-EAT2260080609>3.0.CO;2-#
- Bentall, R. P., Kaney, S. (1989). Content specific information processing and persecutory delusions: An investigation using the emotional Stroop test. *British Journal Medical Psychology*, 62(Pt 4), 355–364. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1989.tb02845.x
- Bergmann, M. V. (1990). On eating disorders and work inhibition. W: H. J. Schwartz (red.), *Bulimia nervosa: Psychoanalytic treatment and theory* (s. 347–373). Madison: International Universities Press, Inc.
- Beumont, P. J. V., Abraham, S. F. (1983). Episodes of ravenous overeating or bulimia nervosa: Their occurrence in patients with anorexia nervosa and with other forms of disordered eating. W: P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, D. V. Coscina (red.), *Anorexia nervosa. Recent developments in research* (s. 149–157). Nowy Jork: Alan R. Liss.
- Beumont, P., Carney, T. (2004). Can psychiatric terminology be translated into legal regulation? The anorexia nervosa example. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(10), 819–832. DOI: 10.1111/j.1440-1614.2004.01467.x
- Blake, W., Turnbull, S., Treasure, J. (1997). Stages and processes of change in eating disorders: Implications for therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4(3), 186–191. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(199709)4:3<186::AID-CPP128>3.0.CO;2-5
- Blank, S., Latzer, Y. (2004). The boundary-control model of adolescent anorexia nervosa: An integrative approach to etiology and treatment? *The American Journal of Family Therapy*, 32(1), 43–54. DOI:10.1080/01926180490255756
- Blechert, J., Ansorge, U., Tuschen-Caffier, B. (2010). A body-related dot-probe task reveals distinct attentional patterns for bulimia nervosa and anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(3), 575–585. DOI: 10.1037/a0019531
- Bloom, C. (1994). Bulimia nervosa. A feminist psychoanalytic understanding. W: M. Lawrence (red.), *Fed up and hungry. Women, oppression and food* (s. 102–115). Londyn: The Women's Press.
- Bobowska, A. (1988). Ewa i zakazany owoc. W: M. Sokolik (red.), *Niektóre problemy psychoterapii. Technika i proces leczenia, opisy przypadków* (s. 163–191). Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Bodell, L. P., Devlin, M. J. (2010). Pharmacotherapy for binge-eating disorder. W: C. M. Grilo, J. E. Mitchell (red.), *The treatment of eating disorders* (s. 402–413). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Bond, M. (2004). Empirical studies of defence style: Relationships with psychopathology and change. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(5), 263–278. DOI: 10.1080/10673220490886167
- Borson, S., Katon, W. (1981). Chronic anorexia nervosa: Medical mimic. *Western Journal of Medicine*, 135(4), 257–265.

- Bosanac, P., Norman, T., Burrows, G., Beumont, P. (2005). Serotonergic and dopaminergic systems in anorexia nervosa: A role for atypical antipsychotics? *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 146–153. DOI: 10.1111/j.1440-1614.2005.01536
- Boskind-Lodahl, M. (1976). Cinderella's stepsisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Women in Culture and Society*, 2(2), 342–356.
- Boutelle, K. N., Kuckertz, J. M., Carlson, J., Amir, N. (2014). A pilot study evaluating a one-session attention modification training to decrease overeating in obese children. *Appetite*, 76, 180–185. DOI: 10.1016/j.appet.2014.01.075
- Boutelle, K. N., Monreal, T., Strong, D. R., Amir, N. (2016). An open trial evaluating an attention bias modification program for overweight adults who binge eat. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 138–146. DOI: 10.1016/j.jbtep.2016.04.005
- Box, G. E. P., Cox, D. R. (1964). An analysis of transformations. *Journal of the Royal Statistical Society, Series B*, 26(2), 211–246.
- Bradley, B. P., Mogg, K., Falla, S. J., Hamilton, L. R. (1998). Attentional bias for threatening facial expressions in anxiety: Manipulation of stimulus duration. *Cognition and Emotion*, 12(6), 737–753. DOI: 10.1080/026999398379411
- Bradley, B. P., Mogg, K., Millar, N. H. (2000). Covert and overt orienting of attention to emotional faces in anxiety. *Cognition and Emotion*, 14(6), 789–808. DOI: 10.1080/02699930050156636
- Bradley, B. P., Mogg, K., White, J., Groom, C., de Bono, J. (1999). Attentional bias for emotional faces in generalized anxiety disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 267–278. DOI: 10.1348/014466599162845
- Bradley, B., Mathews, A. (1983). Negative self-schemata in clinical depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 22(Pt 3), 173–181.
- Brauhardt, A., Rudolph, A., Hilbert, A. (2014). Implicit cognitive processes in binge-eating disorder and obesity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 285–290. DOI: 10.1016/j.jbtep.2014.01.001
- Bray, A. (1996). The anorexic body: Reading disorders. *Cultural Studies*, 10(3), 413–429. DOI: 10.1007/978-0-230-21336-4_12
- Briggs-Gowan, M. J., Grasso, D., Bar-Haim, Y., Voss, J., McCarthy, K. J., Pine, D. S., Wakschlag, L. S. (2016). Attention bias in the developmental unfolding of post-traumatic stress symptoms in young children at risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 57(9), 1083–1091. DOI: 10.1111/jcpp.12577
- Broft, A., Berner, L. A., Walsh, B. T. (2010). Pharmacotherapy for bulimia nervosa. W: C. M. Grilo, J. E. Mitchell (red.), *The treatment of eating disorders* (s. 388–401). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Brooks, S., Prince, A., Stahl, D., Campbell, I. C., Treasure, J. (2011). A systematic review and meta-analysis of cognitive bias to food stimuli in people with disordered eating behaviour. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 37–51. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.09.006
- Broussard, B. B. (2005). Women's experiences of bulimia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 43–50. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03262.x
- Browning, M., Holmes, E. A., Charles, M., Cowen, P. J., Harmer, C. J. (2012). Using attentional bias modification as a cognitive vaccine against depression. *Biological Psychiatry*, 72(7), 572–579. DOI: 10.1016/j.biopsych.2012.04.014

- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Anorexia, obesity and the person within*. Nowy Jork: Basic Books.
- Bruch, H. (1979). Developmental deviations in anorexia nervosa. *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 17(3), 255–261.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139(12), 1531–1538. DOI: 10.1176/ajp.139.12.1531
- Bruch, H. (2001). *The golden cage. The enigma of anorexia nervosa*. Harvard: Harvard University Press.
- Brytek-Matera, A. (2011). Postawy względem ciała a obraz samego siebie u kobiet z zaburzeniami odżywiania. Badania na gruncie teorii rozbieżności Ja Edwarda Tory Higginsa. *Psychiatria Polska*, 45(5), 671–682.
- Brytek-Matera, A., Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, E., Hay, P. (2015). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders*, 3, 2. DOI: 10.1186/s40337-015-0038-2
- Brzeziński, J. (1997). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN.
- Bulik, C. M., Kendler, K. S. (2000). „I am what I (don't) eat”: Establishing an identity independent of an eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1755–1760. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.11.1755
- Bulik, C. M., Thornton, L., Pinheiro, A. P., Plotnicov, K., Klump, K. L., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., Mitchell, J., Nutzinger, D., Strober, M., Treasure, J., Woodside, D. B., Berrettini, W. H., Kaye, W. H. (2008). Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 70(3), 378–383. DOI: 10.1097/PSY.0b013e3181646765
- Bush, G., Luu, P., Posner, M. I. (2000). Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. *Trends in Cognitive Science*, 4(6), 215–222.
- Butow, P., Beumont, P., Touyz, S. (1993). Cognitive processes in dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(3), 319–329. DOI: 10.1002/1098-108X(199311)14:3<319::AID-EAT2260140310>3.0.CO;2-3
- Button, E. J., Warren, R. L. (2002). Self-image in anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialized eating disorders service. *European Eating Disorders Review*, 10(6), 399–412. DOI: 10.1002/erv.484
- Calvo, M. G., Averó, P. (2005). Time course of attentional bias to emotional scenes in anxiety: Gaze direction and duration. *Cognition and Emotion*, 19(3), 433–451. DOI: 10.1080/02699930441000157
- Campbell, J., Assanand, S., Di Paula, A. (2004). Cechy strukturalne pojęcia Ja a przystosowanie. W: A. Tesser, R. Felson, J. Suls (red.), *Ja i tożsamość* (s. 70–88). Gdańsk: GWP.
- Caprara, G. V., Cervone, D. (2000). *Personality: Determinants, dynamics, and potentials*. Nowy Jork: Cambridge University Press.
- Cardi, V., Corfield, F., Leppanen, J., Rhind, C., Deriziotis, S., Hadjimichalis, A., Hibbs, R., Micali, N., Treasure, J. (2014). Emotional processing of infants displays in eating disorders. *PLoS One*, 9(12), e113191. DOI: 10.1371/journal.pone.0113191
- Cardi, V., Corfield, F., Leppanen, J., Rhind, C., Deriziotis, S., Hadjimichalis, A., Hibbs, R., Micali, N., Treasure, J. (2015). Emotional processing, recognition, empathy and evoked

- facial expression in eating disorders: An experimental study to map deficits in social cognition. *PLoS One*, 10(8), e0133827. DOI: 10.1371/journal.pone.0133827
- Cardi, V., Di Matteo, R., Corfield, F., Treasure, J. (2013). Social reward and rejection sensitivity in eating disorders: An investigation of attentional bias and early experiences. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 14(8), 622–633. DOI: 10.3109/15622975.2012.665479
- Cardi, V., Di Matteo, R., Gilbert, P., Treasure, J. (2014). Rank perception and self-evaluation in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 543–552. DOI: 10.1002/eat.22261
- Cardi, V., Esposito, M., Bird, G., Rhind, C., Yiend, J., Schifano, S., Hirsch, C., Treasure, J. (2015). A preliminary investigation of a novel training to target cognitive biases towards negative social stimuli in anorexia nervosa. *Journal of Affective Disorders*, 188, 188–193. DOI: 10.1016/j.jad.2015.08.019
- Cardi, V., Tchanturia, K., Treasure, J. (2018). Premorbid and illness-related social difficulties in eating disorders: An overview of the literature and treatment developments. *Current Neuropsychopharmacology*, 16(8), 1122–1130. DOI: 10.2174/1570159X16666180118100028
- Carney, T., Tait, D., Touyz, S., Ingvarson, M., Saunders, D., Wakefield, A. (2006). *Managing anorexia nervosa: Clinical, legal and social perspectives on involuntary treatment*. Nowy Jork: Nova Science.
- Cash, T. F. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. W: T. F. Cash, T. Pruzinsky (red.), *Body images: A handbook of theory, research, and clinical practice* (s. 38–46). Nowy Jork: Guilford Press.
- Cash, T. F., Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107–125. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:23.0.CO;2-J
- Cash, T. F., Labarge, A. S. (1996). Development of the Appearance Schemas Inventory: A new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*, 20(1), 37–50. DOI: 10.1007/BF02229242
- Channon, S., Hayward, A. (1990). The effect of short-term fasting on processing of food cues in normal subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 9(4), 447–452. DOI: 10.1002/1098-108X(199007)9:4<447::AID-EAT2260090411>3.0.CO;2-0
- Channon, S., Hemsley, D., de Silva, P. (1988). Selective processing of food words in anorexia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(Pt 3), 259–260. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1988.tb00782.x
- Charpentier, P. (2000). Therapist: Friend or foe? *European Eating Disorders Review*, 8(3), 257–259. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0968(200005)8:3<257::AID-ERV354>3.0.CO;2-D
- Chen, E. Y., Safer, D. L. (2010). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa and binge-eating disorder. W: C. M. Grilo, J. E. Mitchell (red.), *The treatment of eating disorders* (s. 294–316). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Chisuwa, N., O'Dea, J. A. (2010). Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents. A review of the literature. *Appetite*, 54(1), 5–15. DOI: 10.1016/j.appet.2009.11.008
- Cisler, J. M., Bacon, A. K., Williams, N. L. (2009). Phenomenological characteristics of attentional biases towards threat: A critical review. *Cognitive Therapy and Research*, 33(2), 221–234. DOI: 10.1007/s10608-007-9161-y

- Cisler, J. M., Koster, E. H. W. (2010). Mechanisms of attentional bias towards threat in anxiety disorders: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 203–216. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.003
- Clark, D. A., Beck, A. T., Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Nowy Jork: John Wiley & Sons.
- Claudino, A. M., Hay, P. J., Silva de Lima, M., Schmidt, U., Bacaltchuk, J., Treasure, J. L. (2007). Antipsychotic drugs for anorexia nervosa [Protocol]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD006816. DOI: 10.1002/14651858.CD006816
- Cohen, J. D., Dunbar, K., McClelland, J. L. (1990). On the control of automatic processes: A parallel distributed processing account of the Stroop effect. *Psychological Review*, 97(3), 332–361. DOI: 10.1037//0033-295X.97.3.332
- Compton, R. J. (2003). The interface between emotion and attention: A review of evidence from psychology and neuroscience. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 2(2), 115–129. DOI: 10.1177/1534582303255278
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., Mouren, M. C. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13(4), 223–236. DOI: 10.1002/erv.628
- Cooper, M. J. (1997). Bias in interpretation of ambiguous scenarios in eating disorders. *Behavior Research and Therapy*, 35(7), 619–626. DOI: 10.1016/S0005-7967(97)00021-1
- Cooper, M. J., Fairburn, C. G. (1994). Changes in selective information-processing with 3 psychological treatments for bulimia nervosa. *The British Journal of Clinical Psychology*, 33(3), 353–356. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1994.tb01131.x
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485–494. DOI: 10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O
- Cooper, R. M., Langton, S. R. (2006). Attentional bias to angry faces using the dot-probe task? It depends when you look for it. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1321–1329. DOI: 10.1016/j.brat.2005.10.004
- Cooper, Z., Fairburn, C. G. (1987). The Eating Disorder Examination: A semistructured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1–8. DOI: 10.1002/1098-108X(198701)6:13.0.CO;2-9
- Cooper, Z., Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. W: C. M. Grilo, J. E. Mitchell (red.), *The treatment of eating disorders* (s. 243–270). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Corbetta, M., Shulman, G. L. (2002). Controls of goal-directed and stimulus-driven attention in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(3), 201–215. DOI: 10.1038/nrn755
- Corcos, M., Guilbaud, O., Paterniti, S., Chambry, J., Chaouat, G., Consoli, S. M., Jeammet, P. (2003). Involvement of cytokines in eating disorders: A critical review of the human literature. *Psychoneuroendocrinology*, 28(3), 229–249. DOI: 10.1016/S0306-4530(02)00021-5
- Corcos, M., Taïeb, O., Benoit-Lamy, S., Paterniti, S., Jeammet, P., Flament, M. F. (2002). Suicide attempts in women with bulimia nervosa: Frequency and characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 381–386. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2002.02318.x

- Corte, C., Stein, K. F. (2005). Body-weight self-schema: Determinant of mood and behavior in women with an eating disorder. *Journal of Applied Social Psychology*, 35(8), 1698–1718. DOI: 10.1111/j.1559-1816.2005.tb02191.x
- Couturier, J. L., Lock, J. (2006). Do supplementary items on the Eating Disorder Examination improve the assessment of adolescents with anorexia nervosa? *The International Journal of Eating Disorders*, 39(5), 426–433. DOI: 10.1002/eat.20258
- Crisp, A. (2006a). In defence of the concept of phobically driven avoidance of adult body weight/shape/function as a final common pathway to anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 14(3), 189–202. DOI: 10.1002/erv.706
- Crisp, A. (2006b). Vulnerability to anorexia nervosa: Constitutional markers. *European Eating Disorders Review*, 14(3), 176–182. DOI: 10.1002/erv.705
- Crisp, A. H. (1980). Some psychobiological aspects of adolescent growth and their relevance for the fat/thin syndrome anorexia nervosa. *International Journal of Obesity*, 1(3), 231–238.
- Crisp, A. H. (1983). Some aspects of the psychopathology of anorexia nervosa. W: P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, D. V. Coscina (red.), *Anorexia nervosa. Recent developments in research* (s. 15–28). Nowy Jork: Alan R. Liss.
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond N. C., Specker, S., Eckert, E. D., Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1342–1346. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09020247
- Crowne, D. P., Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349–354. DOI: 10.1037/h0047358
- Currin, L., Schmidt, U. (2005). A critical analysis of the utility of an early intervention approach in the eating disorders. *Journal of Mental Health*, 14(6), 611–624. DOI: 10.1080/09638230500347939
- Czarnewicz-Kamińska, A., Gronowska-Senger, A. (2007). Ocena poziomu wiedzy żywieniowej u osób z zaburzeniami odżywiania. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 58(1), 191–196.
- Czerwińska, E. (1995). Dal jest najbliższa. *Zeszyty Literackie*, 51(3), 117–121.
- Dallos, R. (2004). Attachment narrative therapy: Integrating ideas from narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorders. *Journal of Family Therapy*, 26(1), 40–65. DOI: 10.1111/j.1467-6427.2004.00266.x
- Dana, M. (1994). Boundaries: One-way mirror to the self. W: M. Lawrence (red.), *Fed up and hungry. Women, oppression & food* (s. 46–60). Londyn: The Women's Press Ltd.
- Dare, C., Eisler, I. (1995). Family therapy. W: G. I. Szmukler, C. Dare, J. Treasure (red.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research* (s. 334–349). Chichester: Wiley.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G. F. M., Treasure, J., Dodge, E. (2001). Psychological therapies for adult patients with anorexia nervosa: A randomised controlled trial of out-patient treatments. *British Journal of Psychiatry*, 178(3), 216–221. DOI: 10.1192/bjp.178.3.216
- Darrow, S. M., Accurso, E. C., Nauman, E. R., Goldschmidt, A. B., Le Grange, D. (2017). Exploring types of family environments in youth with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(1), 389–396. DOI: 10.1002/erv.2531
- Davidson, E. J., Wright P. (2002). Selective processing of shape and weight-related words in bulimia nervosa: Use of a computerised Stroop test. *Eating Behaviours*, 3(3), 261–273.

- Davidson, J. (2014). Diabulimia: How eating disorders can affect adolescents with diabetes. *Nursing Standard*, 29(2), 44–49. DOI: 10.7748/ns.29.2.44.e7877
- Davidson, R. J. (1998). Affective style and affective disorders: Perspectives from affective neuroscience. *Cognition and Emotion*, 12(3), 307–330. DOI: 10.1080/026999398379628
- Davis, C., Claridge, G., Fox, J. (2000). Not just a pretty face: Physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 67–73. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(200001)27:1<67::AID-EAT7>3.0.CO;2-F
- de Ruiter, C., Brosschot, J. F. (1994). The emotional Stroop interference in anxiety: Attentional bias or cognitive avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 315–319. DOI: 10.1016/0005-7967(94)90128-7
- Dehghani, M., Sharpe, L., Nicholas, M. K. (2004). Modification of attentional biases in chronic pain patients: A preliminary study. *European Journal of Pain*, 8(6), 585–594. DOI: 10.1016/j.ejpain.2004.02.003
- Delinsky, S. S., Wilson, G. (2006). Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 108–116. DOI: 10.1002/eat.20207
- Denman, C. (2001). Cognitive-analytic therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(4), 243–252. DOI: 10.1192/apt.7.4.243
- Derakshan, N., Bose, S. (2007). *Threat sensitivity and the time course of disengagement in repressors*. (Niepublikowany manuskrypt).
- Derakshan, N., Eysenck, M. W., Myers, L. B. (2007). Emotional information processing in repressors: The vigilance-avoidance theory. *Cognition and Emotion*, 21(8), 1585–1614. DOI: 10.1080/02699930701499857
- Derakshan, N., Feldman, M., Campbell, T., Lipp, O. (2003). Can I have your attention please: Repressors and enhanced P3 to emotional stimuli. *Psychophysiology*, 40, S36.
- Derman, T., Szabo, C. P. (2006). Why do individuals with anorexia die? A case of sudden death. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 260–262. DOI: 10.1002/eat.20229
- Devineni, T., Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Buckley, T. C. (2004). Effect of psychological treatment on cognitive bias in motor vehicle accident-related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(2), 211–231. DOI: 10.1016/S0887-6185(02)00247-5
- Dewald, P. A. (1994). Principles of supportive psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 48(4), 505–518. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.1994.48.4.505
- di Pietralata, G. M. (2002). Imaging techniques in the management of anorexia and bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 7(2), 146–151.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. (2013). Waszyngton–Londyn: American Psychiatric Publishing, American Psychiatric Association.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. (DSM-IV). (1994). Waszyngton–Londyn: American Psychiatric Publishing, American Psychiatric Association.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Text Revision (DSM-IV-TR). (2000). Waszyngton–Londyn: American Psychiatric Publishing, American Psychiatric Association.
- Dmitrzak-Węglarz, M. (2010). Genetyka jadłowstrętu psychicznego – istniejący stan wiedzy i perspektywy przyszłych badań. *Psychiatria*, 7(6), 203–226.

- Dobson, K. S., Dozois, D. J. A. (2004). Attentional biases in eating disorders: A meta-analytic review of Stroop performance. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1001–1022. DOI: 10.1016/j.cpr.2003.09.004
- Domańska, K. (1992). Metafora komputerowa w psychologii poznawczej. W: M. Materska, T. Tysza (red.), *Psychologia i poznanie* (s. 12–37). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Donaghue, N. (2009). Body satisfaction, sexual self-schemas and subjective well-being in women. *Body Image*, 6(1), 37–42. DOI: 10.1016/j.bodyim.2008.08.002
- Downey, C. A., Chang, E. C. (2007). Perfectionism and symptoms of eating disturbances in female college students: Considering the role of negative affect and body dissatisfaction. *Eating Behaviors*, 8(4), 497–503. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2007.02.002
- Dozois, D. J. A., Frewen, P. A., Covin, R. (2006). Cognitive theories. W: J. C. Thomas, D. L. Segal (red.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology, t. 1. Personality and everyday functioning* (s. 173–191). Nowy Jork: Wiley.
- Draper, H. (2000). Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: A limited justification. *Bioethics*, 14(2), 120–133. DOI: 10.1111/1467-8519.00185
- Drwal, R., Wilczyńska, J. (1980). Opracowanie Kwestionariusza Aprobata Społecznej. *Przeгляд Psychologiczny*, 3, 569–583.
- Duchesne, M., Mattos, P., Fontenelle, L. F., Veiga, H., Rizo, L., Appolinario, J. C. (2004). Neuropsychology of eating disorders: A systematic review of the literature. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 107–117.
- Duncan, K. C., DelDotto, D. (2007). The role of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa. *Annals of Pharmacotherapy*, 41(1), 111–115. DOI: 10.1345/aph.1H297
- Dunkley, D. M., Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 139–149. DOI: 10.1016/j.brat.2006.01.017
- Dyer, F. N. (1973). The Stroop phenomenon and its use in the study of perceptual, cognitive, and response processes. *Memory and Cognition*, 1(2), 106–120. DOI: 10.3758/BF03198078
- Eiber, R., Mirabel-Sarron, C., Urdapilleta, I. (2005). Les cognitions et leur évaluation dans les troubles des conduites alimentaires. *L'Encéphale*, 31(6), 643–652. DOI: 10.1016/S0013-7006(05)82422-4
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 104–131. DOI: 10.1111/j.1467-6427.2005.00303.x
- Eisler, I., Lask, J. (2008). Family interviewing and family therapy. W: M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, A. Thapar (red.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (s. 1062–1078). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Eisler, I., Lock, J., Le Grange, D. (2010). Family based treatments for adolescents with anorexia nervosa: Single-family and multi-family approaches. W: C. M. Grilo, J. E. Mitchell (red.), *The treatment of eating disorders: A clinical handbook* (s. 150–174). Nowy Jork: The Guildford Press.
- Emborg, C. (1999). Mortality and causes of death in eating disorders in Denmark 1970–1993: A case register study. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 243–251.

- Engel, K., Wilms, H. (1986). Therapy motivation in anorexia nervosa: Theory and first empirical results. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 46(4), 161–170. DOI: 10.1159/000287980
- Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. G. (1964). *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. Londyn: University of London Press.
- Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Fairburn, C. G. (1981). A cognitive behavioural approach to the management of bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 11(4), 707–711. DOI: 10.1017/S0033291700041209
- Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming binge eating*. Nowy Jork: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (1997). Eating disorders. W: D. M. Clark, C. G. Fairburn (red.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (s. 209–241). Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Nowy Jork: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, P. J. (1989). Eating disorders. W: K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, D. M. Clark (red.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems* (s. 277–314). Nowy Jork: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. (1993). The eating disorder examination. W: C. G. Fairburn, G. T. Wilson (red.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment (12th ed.)* (s. 317–331). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Cooper, P. J. (1986). The clinical features and maintenance of bulimia nervosa. W: K. D. Brownell, J. P. Foreyt (red.), *Handbook of eating disorders: Physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia nervosa* (s. 389–404). Nowy Jork: Basic Books.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A „transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. DOI: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R. (2008). Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: An overview. W: C. G. Fairburn (red.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (s. 23–34). Nowy Jork: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., Bohn, K., Hawker, D. M., Murphy, R., Straebl, S. (2008). Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: The core protocol. W: C. G. Fairburn (red.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (s. 47–193). Nowy Jork: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. E., Burton, J., Hope, R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48(5), 463–469. DOI: 10.1001/archpsyc.1991.01810290075014
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., Wilson, G. T. (1993). Cognitive behavior therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. W: C. G. Fairburn, G. T. Wilson (red.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. Nowy Jork: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Shafran, R., Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1–13.

- Farrell, C., Lee, M., Shafran, R. (2005). Assessment of body size estimation: A review. *European Eating Disorders Review*, 13(2), 75–88. DOI: 10.1002/erv.622
- Faunce, G. J. (2002). Eating disorders and attentional bias: A review. *Eating Disorders*, 10(2), 125–139. DOI: 10.1080/10640260290081696
- Faunce, G. J., Soames Job, R. F. S. (2000). The Stroop colour naming task and addictive behaviour: Some recommendations. *Addiction*, 95(9), 1438–1439. DOI: 10.1046/j.1360-0443.2000.959143818.x
- Fawcett, J., Epstein, P., Fiester, S. J., Elkin, E., Autry, J. H. (1987). Clinical management: Imipramine/placebo administration manual. *Psychopharmacology Bulletin*, 23(2), 309–321.
- Felmingham, K. L., Rennie, C., Manor, B., Bryant, R. A. (2011). Eye tracking and physiologic reactivity to threatening stimuli in posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(5), 668–673. DOI: 10.1016/j.janxdis.2011.02.010
- Fernandes, C., Silva, S., Pires, J., Reis, A., Ros, A. J., Janeiro, L., Faísca, L., Martins, A. T. (2018). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(1), 66–83. DOI: 10.1017/S1352465817000418
- Fernández-Aranda, F., Núñez, A., Martínez, C., Krug, I., Cappozzo, M., Carrard, I., Rouget, P., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Santamaría, J., Lam, T. (2008). Internet-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: A controlled study. *CyberPsychology and Behaviour*, 12(1), 37–41. DOI: 10.1089/cpb.2008.0123
- Fetissov, S. O., Harro, J., Jaanisk, M., Jarv, A., Podar, I., Allik, J., Nilsson, I., Sakthivel, P., Lefvert, A. K., Hokfelt, T. (2005). Autoantibodies against neuropeptides are associated with psychological traits in eating disorders. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(41), 14865–14870. DOI: 10.1073/pnas.0507204102
- Fichter, M. M., Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders – results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391–401. DOI: 10.1002/eat.22501
- Finfgeld, D. L. (2002). Anorexia: Analysis of long-term outcomes and clinical implications. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(4), 176–186. DOI: 10.1053/apnu.2002.34390
- Fisher, M., Bushlo, M. (2015). Perceptions of family styles by adolescents with eating disorders and their parents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 27(4), 443–449. DOI: 10.1515/ijamh-2014-0058
- Fishman, H. C. (1996). Structural family therapy. W: J. Werne (red.), *Treating eating disorders* (s. 187–217). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Forcano, L., Alvarez, E., Santamaría, J. J., Jimenez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Alonso, P., Sánchez, I., Menchón, J. M., Ulman, F., Bulik, C. M., Fernández-Aranda, F. (2011). Suicide attempts in anorexia nervosa subtypes. *Comprehensive Psychiatry*, 52(4), 352–358. DOI: 10.1016/j.comppsy.2010.09.003
- Fowler, L., Blackwell, A., Jaffa, A., Palmer, R., Robbins, T. W., Sahakian, B. J., Dowson, J. H. (2006). Profile of neurocognitive impairments associated with female in-patients with anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 36(4), 517–527. DOI: 10.1017/S0033291705006379
- Fox, C. F. (1981). Neuropsychological correlates of anorexia nervosa. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11(3), 285–290. DOI: 10.2190/9260-HL5E-1F5A-RY5U
- Fox, E. (1993). Allocation of visual attention and anxiety. *Cognition and Emotion*, 7(2), 207–215. DOI: 10.1080/02699939308409185

- Fox, E. (2002). Processing emotional facial expressions: The role of anxiety and awareness. *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, 2(1), 52–63. DOI: 10.3758/CABN.2.1.52
- Fox, E., Russo, R., Bowles, R., Dutton, K. (2001). Do threatening stimuli draw or hold visual attention in subclinical anxiety? *Journal of Experimental Psychology, General*, 130(4), 681–700. DOI: 10.1037/0096-3445.130.4.681
- Fox, E., Russo, R., Dutton, K. (2002). Attentional bias for threat: Evidence for delayed disengagement from emotional faces. *Cognition and Emotion*, 16(3), 355–379. DOI: 10.1080/02699930143000527
- Fox, J. R., Diab, P. (2015). An exploration of the perceptions and experiences of living with chronic anorexia nervosa while an inpatient on an Eating Disorders Unit: An Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) study. *Journal of Health Psychology*, 20(1), 27–36. DOI: 10.1177/1359105313497526
- Fox, J., Weisberg, S. (2011). *An R Companion to applied regression*. Thousand Oaks: Sage.
- Frank, G. K. (2015). Recent advances in neuroimaging to model eating disorder neurobiology. *Current Psychiatry Reports*, 17(4), 559. DOI: 10.1007/s11920-015-0559-z
- Franklin, Z. C., Holmes, P. S., Smith, N. C., Fowler, N. E. (2016). Personality type influences attentional bias in individuals with chronic back pain. *PLoS One*, 11(1), e0147035. DOI: 10.1371/journal.pone.0147035
- Franko, D. L., Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 769–782. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.04.001
- Franko, D. L., Keel, P. K., Dorner, D. J., Blais, M. A., Delinsky, S. S., Eddy, K. T., Charat, V., Renn, R., Herzog, D. B. (2004). What predicts suicide attempts in women with eating disorders? *Psychological Medicine*, 34(5), 843–853. DOI: 10.1017/S0033291703001545
- Fransella, F., Button, E. (1983). The „construing” of self and body size in relation to maintenance of weight gain in anorexia nervosa. W: P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, D. V. Coscina (red.), *Anorexia nervosa. Recent developments in research* (s. 107–116). Nowy Jork: Alan R. Liss.
- Fredrickson, B. L., Noll, S. M., Roberts, T.-A., Quinn, D. M., Twenge, J. M. (1998). The swimsuit becomes you: Sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 269–284. DOI: 10.1037/0022-3514.75.1.269
- Fredrickson, B. L., Roberts, T.-A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women’s lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173–206. DOI: 10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x
- Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., Joanisse, M. F., Neufeld, R. J. (2008). Selective attention to threat versus reward: Meta-analysis and neural-network modeling of the dot-probe task. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 308–338. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.05.006
- Friederich, H. C., Herzog, W., Wild, B., Zipfel, S., Schauenburg, H. (2014). *Anorexia Nervosa. Fokale psychodynamische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Fursland, A. (1994). Eve was framed: Food and sex and women’s shame. W: M. Lawrence (red.), *Fed up and hungry. Women, oppression and food* (s. 15–27). Londyn: The Women’s Press.

- Gałecki, P., Świącicki, Ł. (red. wydania polskiego) (2015). *Kryteria diagnostyczne z DSM-V: Desk reference*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Gans, M., Gunn, W. B. (2003). End stage anorexia: Criteria for competence to refuse treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(6), 677–695. DOI: 10.1016/j.ijlp.2003.09.004
- Garfinkel, P. E., Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. Nowy Jork: Brunner/Mazel.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorders Inventory 2: Professional manual*. Odessa: Psychological Resources.
- Garner, D. M. (2002). Body image and anorexia nervosa. W: T. F. Cash, T. Pruzinsky (red.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (s. 295–303). Nowy Jork: Guilford Press.
- Garner, D. M., Bemis, K. M. (1982). A cognitive behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6(2), 123–150. DOI: 10.1007/BF01183887
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273–279. DOI: 10.1159/000414010
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10(4), 647–656. DOI: 10.1017/S0033291700054945
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Bonato, D. P. (1987). Body image measurement in eating disorders. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 17, 119–133. DOI: 10.1159/000414010
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Olmsted, M. P. (1983). An overview of sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. W: P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, D. V. Coscina (red.), *Anorexia nervosa. Recent developments in research* (s. 173–185). Nowy Jork: Alan R. Liss.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorders inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15–34. DOI: 10.1002/1098-108X(198321)2:23.0.CO;2-6
- Geissner, E., Bauer, C., Fichter, M. M. (1997). Videogestützte Konfrontation mit dem eigenen körperlichen Erscheinungsbild als Behandlungselement in der Therapie der Anorexia nervosa. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26(3), 218–225.
- Geller, J., Drab, D. L. (1999). The readiness and motivation interview: A symptom-specific measure of readiness for change in the eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 7(4), 259–278. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0968(199908)7:4<259::AID-ERV295>3.0.CO;2-6
- Gesensway, D. B. (1990). A psychoanalytic study of bulimia nervosa and pregnancy. W: H. J. Schwartz (red.), *Bulimia nervosa: Psychoanalytic treatment and theory* (s. 299–346). Madison: International Universities Press, Inc.
- Giel, K. E., Teufel, M., Friederich, H. C., Hautzinger, M., Enck, P., Zipfel, S. (2011). Processing of pictorial food stimuli in patients with eating disorders – A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 44(2), 105–117. DOI: 10.1002/eat.20785
- Giordano, S. (2008). *Understanding eating disorders: Conceptual and ethical issues in the treatment of anorexia and bulimia nervosa*. Nowy Jork: Oxford University Press.
- Głębocka, A. (2009). *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Impuls.

- Godley, J., Tchanturia, K., MacLeod, A., Schmidt, U. (2001). Future-directed thinking in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(3), 281–296. DOI: 10.1348/014466501163698
- Goldberg, E. (2001). *The executive brain frontal lobes and the civilized mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Goldberg, S. C., Halmi, K. A., Eckert, E. D., Casper, R. C., Roper, M. (1980). Attitudinal dimensions in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 15(4), 239–251. DOI: 10.1016/0022-3956(79)90015-3
- Gonzales, R. G. (1990). Bulimia nervosa and adolescence: Individual psychoanalytic treatment. W: H. J. Schwartz (red.), *Bulimia nervosa: Psychoanalytic treatment and theory* (s. 173–227). Madison: International Universities Press, Inc.
- Gotlib, I. H., McCann, C. D. (1984). Construct accessibility and depression: An examination of cognitive and affective factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(2), 427–439. DOI: 10.1037/0022-3514.47.2.427
- Gowers, S. G., Weetman, J. S. A., Hossain, F., Elvins, R. (2000). Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 176(2), 138–141. DOI: 10.1192/bjp.176.2.138
- Grabhorn, R., Stenner, H., Stangier, U., Klaufhold, J. (2006). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: The mediating role of shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(1), 12–19. DOI: 10.1002/cpp.463
- Grand, S. (1968). Color-word interference: An investigation of the role of vocal conflict and hunger in associative priming. *Journal of Experimental Psychology*, 77(1), 31–40. DOI: 10.1037/h0025759
- Green, M., Corr, P., de Silva, L. (1999). Impaired color naming of body shape-related words in anorexia nervosa: Affective valence or associative priming. *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 413–422. DOI: 10.1023/A:1018708102025
- Green, M. W., Elliman, N. A., Rogers, P. J. (1996). Hunger, caloric preloading and the selective processing of food and body shape words. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 143–151. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1996.tb01169.x
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Waszyngton: American Psychological Association.
- Greenfeld, D. G., Anyan, W. R., Hobart, M., Quinlan, D. M., Plantés, M. (1991). Insight into illness and outcome in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 10(1), 101–109. DOI: 10.1002/1098-108X(199101)10:1<101::AID-EAT2260100111>3.0.CO;2-7
- Greenwald, A. G. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American Psychologist*, 35(7), 603–618. DOI: 10.1037/0003-066X.35.7.603
- Greenwald, A. G., Pratkanis, A. R. (1984). The self. W: R. S. Wyer, T. K. Srull (red.), *Handbook of social cognition* (s. 129–178). Hillsdale: Erlbaum.
- Griffiths, R. A., Beumont, P. J. V., Russell, J., Touyz, S. W., Moore G. (1997). The use of guardianship legislation for anorexia nervosa: A report of 15 cases. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(4), 529–531. DOI: 10.3109/00048679709065074
- Grilo, C. M., Hrabosky, J. I., White, M. A., Allison, K. C., Stunkard, A. J., Masheb, R. M. (2008). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder and overweight

- controls: Refinement of a diagnostic construct. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 414–419. DOI: 10.1037/0021-843X.117.2.414
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Wilson, G. T. (2005). Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: A randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biological Psychiatry*, 57(3), 301–309. DOI: 10.1016/j.biopsych.2004.11.002
- Gusella, J., Butler, G., Nichols, L., Bird, D. (2003). A brief questionnaire to assess readiness to change in adolescents with eating disorders: Its applications to group therapy. *European Eating Disorders Review*, 11(1), 58–71. DOI: 10.1002/erv.481
- Hammen, C., Marks, T., Mayol, A., deMayo, R. (1985). Depressive self-schemas, life stress, and vulnerability to depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(3), 308–319. DOI: 10.1037/0021-843X.94.3.308
- Hardin, P. K. (2001). Women, bodies, and self-surveillance: Recovery from anorexia. A discourse of social analysis and an analysis regarding discourse. *Dissertation Abstracts International: Section-B: The Sciences and Engineering*, 61(8-B), 4078.
- Hardman, C. A., Rogers, P. J., Etchells, K. A., Houstoun, K. V., Munafò, M. R. (2013). The effects of food-related attentional bias training on appetite and food intake. *Appetite*, 71, 295–300. DOI: 10.1016/j.appet.2013.08.021
- Harris, W. A., Wiseman, C. V., Wagner, S., Halmi, K. A. (2001). The difficult-to-treat patient with eating disorder. W: M. J. Dewan, R. W. Pies (red.), *The difficult-to-treat psychiatric patient* (s. 243–271). Waszyngton: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Hasler, G., Delsignore, A., Milos, G., Buddeberg, C., Schnyder, U. (2004). Application of Prochaska's transtheoretical model of change to patients with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 67–72. DOI: 10.1016/S0022-3999(03)00562-2
- Hawkins, D. M., Weisberg, S. (2017). Combining the box-cox power and generalised log transformations to accommodate nonpositive responses in linear and mixed effects linear models. *South African Statistical Journal*, 51(2), 317–328.
- Hawkins, R., Clemant, P. F. (1980). Development and construct validation of a self-report measure of binge eating tendencies. *Addictive Behaviors*, 5(3), 219–226. DOI: 10.1016/0306-4603(80)90042-8
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2002). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 164–166. DOI: 10.1007/978-0-387-23369-7
- Heatherton, T. F., Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86–108. DOI: 10.1037/0033-2909.110.1.86
- Heeren, A. (2010, 22.02). *Selective attention and emotional vulnerability in Social Phobia: The experimental manipulation of attention bias using a modified dot-probe task*. Wykład na Louvain-la-Neuve, Belgia. Pobrane z: http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/adsr/documents/heeren_22-02-2010.pdf
- Heinberg, L. J. (1996). Theories of body image disturbance: Perceptual, developmental, and sociocultural factors. W: J. K. Thompson (red.), *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (s. 27–47). Waszyngton: American Psychological Association.

- Henderson, M., Freeman, C. P. L. (1987). A self rating scale for bulimia. The „BITE”. *British Journal of Psychiatry*, 150(1), 18–24. DOI: 10.1192/bjp.150.1.18
- Hennighausen, K., Enkelmann, D., Wewetzer, C., Remschmidt, H. (1999). Body image distortion in anorexia nervosa: Is there really a perceptual deficit? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8(3), 200–206. DOI: 10.1007/s007870050130
- Hermans, D., Pieters, G., Eelen, P. (1998). Implicit and explicit memory for shape, body weight, and food-related words in patients with anorexia nervosa and nondieting controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 193–202. DOI: 10.1037//0021-843X.107.2.193
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319–340. DOI: 10.1037/0033-295X.94.3.319
- Higgins, E. T. (1990). Personality, social psychology, and person-situation relations: Standards and knowledge activation as a common language. W: L. A. Pervin (red.), *Handbook of personality: Theory and research* (s. 301–338). Nowy Jork: Guilford.
- Higgins, E. T., Bond, R. N., Klein, R., Strauman, T. (1986). Self-discrepancies and emotional vulnerability: How magnitude, accessibility, and type of discrepancy influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(1), 5–15. DOI: 10.1037/0022-3514.51.1.5
- Higgins, E. T., King G. A. (1981). Accessibility of social constructs: Information processing consequences of individual and contextual variability. W: N. Cantor, J. Kihlstrom (red.), *Personality, cognition, and social interaction* (s. 69–122). Hillsdale: Erlbaum.
- Higgins, E. T., King, G. A., Mavin, G. H. (1982). Individual construct accessibility and subjective impression and recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(1), 35–47. DOI: 10.1037/0022-3514.43.1.35
- Higginson, I., Bruera, E. (1996). *Cachexia-anorexia in cancer patients*. Oxford–Nowy Jork: Oxford University Press.
- Hoang, U., Goldacre, M., James, A. (2014). Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: National record linkage study, England, 2001–2009. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 507–515. DOI: 10.1002/eat.22249
- Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 336–339. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000282
- Hoek, H. W., van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383–396. DOI: 10.1002/eat.10222
- Holas, P. (2015). Tendencyjności uwagi w fobii społecznej. Zastosowanie i wyniki badań okulograficznych. *Studia Psychologiczne*, 53(1), 33–45.
- Holas, P., Brzezicka, A. (2009). Pamięć i uwaga w lęku: zniekształcenia we wczesnych i późnych etapach przetwarzania informacji. W: M. Fajkowska, B. Szymura (red.), *Lęk: Geneza, mechanizmy, funkcje* (s. 158–189). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Holmes, S. (2017). The role of sociocultural perspectives in eating disorder treatment: A study of health professionals. *Health*, 22(6), 541–557. DOI: 10.1177/1363459317715778
- Hołyst, B. (1983). *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*. Warszawa: PWN.
- Hope, T., Tan, J., Stewart, A., Fitzpatrick, R. (2011). Anorexia nervosa and the language of authenticity. *Hastings Center Report*, 41(6), 19–29. DOI: 10.1002/j.1552-146X.2011.tb00153.x

- Hoppitt, L., Mackintosh, B. (2009). Lęk i depresja – podobieństwa i różnice w przetwarzaniu informacji. W: M. Fajkowska, B. Szymura (red.), *Lęk: Geneza, mechanizmy, funkcje* (s. 190–210). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Horan, W., Kern, R., Shokat-Fadai, K., Sergi, M., Wynn, J., Green, M. (2011). Social Cognitive Skills Training in schizophrenia: An initial efficacy study of stabilized outpatients. *Schizophrenia Research*, 107(1), 47–54. DOI: 10.1016/j.schres.2008.09.006
- Horesh, N., Zalsman, G., Apter, A. (2004). Suicidal behavior and self-disclosure in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12), 837–842. DOI: 10.1097/01.nmd.0000146738.78222.e5
- Hormuth, S. E. (1986). The sampling of experiences *in situ*. *Journal of Personality*, 54(1), 262–293. DOI: 10.1111/j.1467-6494.1986.tb00395.x
- Hsu, A., Yang, J., Yilmaz, Y. H., Haque, S., Can, C., Blandford, A. E. (2014). Persuasive technology for overcoming food cravings and improving snack choices. W: R. Grinter, T. Rodden, P. Aoki, E. Cutrell, R. Jeffries, G. Olson (red.), *Proceedings of the SIGCHI Conference on human factors in computing systems* (s. 3403–3412). Toronto: ACM.
- Hughes-Scalise, A., Connell, A. (2014). The roles of adolescent attentional bias and parental invalidation of sadness in significant illness: A comparison between eating disorders and chronic pain. *Eating Behaviors*, 15(3), 493–501. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2014.06.007
- Huon, G. F. (1995). The Stroop color-naming task in eating disorders: A review of the research. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3(2), 124–132. DOI: 10.1080/10640269508249155
- Inagaki, T., Yamamoto, M., Tsubouchi, K., Miyaoka, T., Uegaki, J., Maeda, T., Horiguchi, J., Yamane, Y., Kato, Y. (2003). Echocardiographic investigation of pericardial effusion in case of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 364–366. DOI: 10.1002/eat.10146
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. The Tenth Revision clinical modification (ICD-10-CM). The Complete Official Codebook* (2018). Chicago: American Medical Association.
- Izydorczyk, B. (2010). Psychoterapia oparta na teorii relacji z obiektem i psychodramie – integracyjne podejście w leczeniu zaburzeń odżywiania. *Psychiatria Polska*, 44(5), 677–689.
- Izydorczyk, B. (2017). Psychoterapia zaburzeń obrazu ciała w anoreksji i bulimii psychicznej: podejście integracyjne (zastosowanie terapii psychodynamicznej i technik psychodramy). *Psychoterapia*, 1(180), 5–22.
- Jacob, F. (2001). *Solution focused recovery from eating distress*. Londyn: BT Press.
- Jagielska, G., Kacperska, I. (2017). Przebieg choroby, współchorobowość i czynniki rokownicze w jadłowstręcie psychicznym. *Psychiatria Polska*, 51(2), 205–218. DOI: 10.12740/PP/64580
- Jakubik, A. (1997). *Zaburzenia osobowości*. Warszawa: PZWL.
- Jarymowicz, M. (2001). Ja w automatycznym przetwarzaniu informacji (o roli Ja-podmiotowego). W: R. K. Ohme, M. Jarymowicz, J. Reykowski (red.), *Automatyzmy w procesach przetwarzania informacji* (s. 103–119). Warszawa: PAN–SWPS.
- Jarymowicz, M., Codol, J. P. (1979). Spostrzegane podobieństwo „ja – inni ludzie” a formowanie obrazu nie znanej osoby. *Przegląd Psychologiczny*, 22, 73–88.

- Jaśkowski, P. (2009). *Neuro nauka poznawcza. Jak mózg tworzy umysł?* Warszawa: Wydawnictwo Vizja Press & IT.
- Jensen, A. R. (2006). *Clocking the mind: Mental chronometry and individual differences*. Amsterdam: Elsevier.
- Johansson, L. (2006). *The role of cognitive processes in eating pathology*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Johansson, L., Ghaderi, A., Andersson, G. (2005). Stroop interference for food- and body-related words: A meta-analysis. *Eating Behaviors*, 6(3), 271–281. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2004.11.001
- Johnson, C. J. (2003). Current challenges in recognizing and treating eating disorders. *Minnesota Medicine*, 86(11), 34–39.
- Johnson, C. L., Lund, B. C., Yates, W. R. (2003). Recovery rates for anorexia. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 798. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.4.798
- Johnson, C. L., Stuckey, M. K., Lewis, L. D., Schwartz, D. M. (1983). A survey of 509 cases of self-reported bulimia nervosa. W: P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, D. V. Coscina (red.), *Anorexia nervosa. Recent developments in research* (s. 159–173). Nowy Jork: Alan R. Liss.
- Jones, C., Leung, N., Harris, G. (2007). Dysfunctional core beliefs in eating disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(2), 156–171. DOI: 10.1891/088983907780851531
- Jorm, A. F., Christensen, H., Griffiths, K. M., Rodgers, B. (2002). Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. *Medical Journal of Australia*, 176(Suppl), 84–96.
- Józefik, B. (1999). Inne formy terapii. W: B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się* (s. 151–154). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik, B. (2006). *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik, B., Ulańska, R. (1999). Terapia rodzinna zaburzeń odżywiania się. W: B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się* (s. 138–144). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Judah, M. R., Grant, D. M., Lechner, W. V., Mills, A. C. (2013). Working memory load moderates late attentional bias in social anxiety. *Cognition and Emotion*, 27(3), 502–511. DOI: 10.1080/02699931.2012.719490
- Jung, J., Lennon, S. J., Rudd, N. A. (2001). Self-schema or self-discrepancy? Which best predicts body image? *Clothing and Textiles Research Journal*, 19(4), 171–184. DOI: 10.1177/0887302X0101900403
- Kacperek-Zimowska, B., Zimowski, J., Biernacka, K., Kucharska, K., Rybakowski, F. (2016). Zaburzenia procesów społecznego poznania w zespole Aspergera i jadłowstręcie psychicznym. W poszukiwaniu endofenotypów społecznego poznania. *Psychiatria Polska*, 50(3), 533–542. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/33485
- Kafka, F. (2010). *Głodomór*. Warszawa: Virtualo.
- Kahneman, D. (1973). *Attention and effort*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Kahneman, D., Chajczyk, D. (1983). Tests of the automaticity of reading: Dilution of Stroop effects by color-irrelevant stimuli. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 9(4), 497–509. DOI: 10.1037//0096-1523.9.4.497

- Kaiser, D., Jacob, G. A., Domes, G., Arntz, A. (2016). Attentional bias for emotional stimuli in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Psychopathology*, 49(6), 383–396. DOI: 10.1159/000448624
- Kakoschke, N., Kemps, E., Tiggemann, M. (2014). Attentional bias modification encourages healthy eating. *Eating Behaviors*, 15(1), 120–124. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2013.11.001
- Kanagawa, C., Cross, S. E., Markus, H. R. (2001). „Who Am I?” The cultural psychology of the conceptual self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(1), 90–103. DOI: 10.1177/0146167201271008
- Kaplan, A. S., Howlett, A. (2010). Pharmacotherapy for anorexia nervosa. W: C. M. Grilo, J. E. Mitchell (red.), *The treatment of eating disorders* (s. 175–186). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Kappenman, E. S., Farrens, J. L., Luck, S. J., Proudfit, G. H. (2014). Behavioral and ERP measures of attentional bias to threat in the dot-probe task: Poor reliability and lack of correlation with anxiety. *Frontiers in Psychology*, 5, 1368. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.01368
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 13–23. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.1.13
- Kardum, I., Gračanin, A., Hudek-Knežević, J. (2008). Evolutionary explanations of eating disorders. *Psychological Topics*, 17(2), 247–263.
- Karwautz, A., Hafferl, A., Ungar, D., Sailer, H. (1999). Patulous Eustachian Tube in a case of adolescent anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 353–355. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199904)25:3<353::AID-EAT16>3.0.CO;2-M
- Katzman, D. K., Christensen, B., Young, A. R., Zipursky, R. B. (2001). Starving the brain: Structural abnormalities and cognitive impairment in adolescents with anorexia nervosa. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 6(2), 146–152. DOI: 10.1053/scnp.2001.22263
- Kaye, W. H. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior*, 94(1), 121–135. DOI: 10.1016/j.physbeh.2007.11.037
- Kaye, W. H., Bailer, U. F., Frank, G. K., Wagner, A., Henry, S. E. (2005). Brain imaging of serotonin after recovery from anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior*, 86(1–2), 15–17. DOI: 10.1016/j.physbeh.2005.06.019
- Kaye, W. H., Frank, G. K., Bailer, U. F., Henry, S. E. (2005). Neurobiology of anorexia nervosa: Clinical implications of alterations of the function of serotonin and other neuronal systems. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), 15–19, 20–21. DOI: 10.1002/eat.20109
- Kaye, W. H., Frank, G. K., Bailer, U. F., Henry, S. E., Meltzer, C. C., Price, J. C., Mathis, C. A., Wagner, A. (2005). Serotonin alterations in anorexia and bulimia nervosa: New insights from imaging studies. *Physiology & Behavior*, 85(1), 73–81. DOI: 10.1016/j.physbeh.2005.04.013
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Eddy, K. T., Franko, D., Charatan, D. L., Herzog, D. B. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 179–183. DOI: 10.1001/archpsyc.60.2.179
- Kelly, G. A. (1992). *The psychology of personal constructs*. Londyn: Routledge.

- Kemps, E., Tiggemann, M., Elford, J. (2015). Sustained effects of attentional re-training on chocolate consumption. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49(Pt A), 94–100. DOI: 10.1016/j.jbtep.2014.12.001
- Kemps, E., Tiggemann, M., Hollitt, S. (2014). Biased attentional processing of food cues and modification in obese individuals. *Health Psychology*, 33(11), 1391–1401. DOI: 10.1037/hea0000069
- Kemps, E., Tiggemann, M., Hollitt, S. (2016). Longevity of attentional bias modification effects for food cues in overweight and obese individuals. *Psychology & Health*, 31(1), 115–129. DOI: 10.1080/08870446.2015.1077251
- Kemps, E., Tiggemann, M., Orr, J., Grear, J. (2014). Attentional retraining can reduce chocolate consumption. *Journal of Experimental Psychology Applied*, 20(1), 94–102. DOI: 10.1037/xap0000005
- Kendzierski, D. (1988). Self-schemata and exercise. *Basic and Applied Social Psychology*, 9(1), 45–59. DOI: 10.1207/s15324834basp0901_4
- Kendzierski, D. (1990). Exercise self-schemata: Cognitive and behavioral correlates. *Health Psychology*, 9(1), 69–82. DOI: 10.1037//0278-6133.9.1.69
- Kendzierski, D., Whitaker, D. (1997). The role of self-schema in linking intentions with behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(2), 139–147. DOI: 10.1177/0146167297232003
- Kim, Y. R., Kim, C. H., Cardi, V., Eom, J. S., Seong, Y., Treasure, J. (2014). Intranasal oxytocin attenuates attentional bias for eating and fat shape stimuli in patients with anorexia nervosa. *Psychoneuroendocrinology*, 44, 133–142. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2014.02.019
- Kim, Y. R., Kim, C. H., Park, J. H., Pyo, J., Treasure, J. (2014). The impact of intranasal oxytocin on attention to social emotional stimuli in patients with anorexia nervosa: A double blind within-subject cross-over experiment. *PLoS One*, 9(6), e90721. DOI: 10.1371/journal.pone.0090721
- Kinderman, P. (1994). Attentional bias, persecutory delusions and the self-concept. *British Journal of Medical Psychology*, 67(Pt 1), 53–66. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1994.tb01770.x
- Klein, G. S. (1964). Semantic power measured through the interference of words with color-naming. *American Journal of Psychology*, 77(4), 576–588. DOI: 10.2307/1420768
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Nowy Jork: Basic Books.
- Klump, K. L., Kaye, W. H., Strober, M. (2001). The evolving genetic foundations of eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 215–225. DOI: 10.1016/S0193-953X(05)70218-5
- Klumpp, H., Amir, N. (2009). Examination of vigilance and disengagement of threat in social anxiety with a probe detection task. *Anxiety, Stress, and Coping*, 22(3), 283–296. DOI: 10.1080/10615800802449602
- Kłosowska, J., Blaut, A., Paulewicz, B. (2015). Attentional bias training in reducing symptoms of anxiety. *Psychiatria Polska*, 49(1), 57–66. DOI: 10.12740/PP/27628
- Knight, A., Simpson, S. (2013). Drunkorexia: An empirical investigation of disordered eating in direct response to saving calories for alcohol use amongst Australian female university students. *Journal of Eating Disorders*, 1(Suppl 1), 6. DOI: 10.1186/2050-2974-1-S1-P6
- Kofta, M., Doliński, D. (2000). *Poznawcza psychologia osobowości*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia: podręcznik akademicki*, t. 2 (s. 561–600). Gdańsk: GWP.

- Kolańczyk, A. (1997). Uwaga w procesie przetwarzania informacji. W: M. Materska, T. Tyszką (red.), *Psychologia i poznanie* (s. 78–102). Warszawa: PWN.
- Koster, E. H. W., Crombez, G., Van Damme, S., Verschuere, B., De Houwer, J. (2004). Does imminent threat capture and hold attention? *Emotion*, 4(3), 312–317. DOI: 10.1037/1528-3542.4.3.312
- Koster, E. H. W., Crombez, G., Van Damme, S., Verschuere, B., De Houwer, J. (2005). Signals for threat modulate attentional capture and holding: Fear-conditioning and extinction during the exogenous cueing task. *Cognition and Emotion*, 19(5), 771–780. DOI: 10.1080/02699930441000418
- Koster, E. H. W., Crombez, G., Verschuere, B., De Houwer, J. (2004). Selective attention to threat in the dot probe paradigm: Differentiating vigilance and difficulty to disengage. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1183–1192. DOI: 10.1016/j.brat.2003.08.001
- Koster, E. H. W., Crombez, G., Verschuere, B., De Houwer, J. (2006). Attention to threat in anxiety-prone individuals: Mechanisms underlying attentional bias. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 635–643. DOI: 10.1007/s10608-006-9042-9
- Koster, E. H. W., Crombez, G., Verschuere, B., Van Damme, S., Wiersema, J. R. (2006). Components of attentional bias to threat in high trait anxiety: Facilitated engagement, impaired disengagement, and attentional avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1757–1771. DOI: 10.1016/j.brat.2005.12.011
- Kozioł-Kozakowska, A., Pióreczka, B., Schlegel-Zawadzka, M. (2018). Prevalence of food neophobia in pre-school children from southern Poland and its association with eating habits, dietary intake and anthropometric parameters: A cross-sectional study. *Public Health Nutrition*, 21(6), 1106–1114. DOI: 10.1017/S1368980017003615
- Krejtz, I., Krejtz, K., Bielecki, M. (2008). Zastosowania analizy ruchu oczu w badaniach społecznych. *Psychologia Społeczna*, 31(6), 73–86.
- Krejtz, I., Sędek, G. (2001). Pułapki nieświadomego przetwarzania treści emocjonalnych. W: R. K. Ohme, M. Jarymowicz, J. Reykowski (red.), *Automatyzmy w procesach przetwarzania informacji* (s. 135–152). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, SWPS.
- Krystek, M. (2000). Kontrola w relacjach z rodzicami u dziewcząt z gotowością anorektyczną. W: A. Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji* (s. 141–172). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Kucharska, K., Wilkos, E., Sawicka, M. (2013). *Trening społecznego poznania i neuropoznania. Podręcznik terapeutyczny*. Warszawa: Wydawnictwo IPiN.
- Lamoureux, M. M. H., Bortorff, J. L. (2005). „Becoming the real me”: Recovering from anorexia nervosa. *Health Care for Women International*, 26(2), 170–188. DOI: 10.1080/07399330590905602
- Lancee, J., Yasminey, S. L., Brendel, R. S., Boffo, M., Clarke, P. J. F., Salemink, E. (2017). Attentional bias modification training for insomnia: A double-blind placebo controlled randomized trial. *PLoS One*, 12(4), e0174531. DOI: 10.1371/journal.pone.0174531
- Langner, O., Dotsch, R., Bijlstra, G., Wigboldus, D. H. J., Hawk, S. T., van Knippenberg, A. (2010). Presentation and validation of the Radboud Faces Database. *Cognition & Emotion*, 24(8), 1377–1388. DOI: 10.1080/02699930903485076

- Lao-Kaim, N. P., Fonville, L., Giampietro, V. P., Williams, S. C., Simmons, A., Tchanturia, K. (2015). Aberrant function of learning and cognitive control networks underlie inefficient cognitive flexibility in anorexia nervosa: A cross-sectional fMRI study. *PLoS One*, 10(5), e0124027(5). DOI: 10.1371/journal.pone.0124027
- Larsen, R. J., Diener, E. (1992). Promises and problems with the circumplex model of emotion. W: M. S. Clark (red.), *Review of personality and social psychology: Emotion* (s. 25–59). Newbury Park: Sage.
- Latzer, Y., Hochdorf, Z. (2005). Attachment to life in anorexia nervosa. *Eating Disorders Review*, 16(4), 1–3.
- Lautenbacher, S., Kraehe, N., Krieg, J. C. (1997). Perception of body size and body satisfaction in recovered anorexic women: Comparison with restrained and unrestrained eaters. *Perceptual and Motor Skills*, 84(3 Pt 2), 1331–1342. DOI: 10.2466/pms.1997.84.3c.1331
- Lawrence, M. A. (2016). *ez: Easy analysis and visualization of factorial experiments*. R package version 4.4-0.
- Le Grange, D., Fitzsimmons-Craft, E. E., Crosby, R. D., Hay, P., Lacey, H., Bamford, B., Stiles-Shields, C., Touyz, S. (2014). Predictors and moderators of outcome for severe and enduring anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 56C(1), 91–98. DOI: 10.1016/j.brat.2014.03.006
- Le Grange, D., Lock, J. (2007). *Treating bulimia in adolescents: A family-based approach*. Nowy Jork: Guilford Press.
- Le Grange, D., Lock, J. (2010). Family-based therapy for adolescents with bulimia nervosa. W: C. M. Grilo, J. E. Mitchell (red.), *The treatment of eating disorders* (s. 271–293). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Leary, M. R., Tangney, J. P. (2003). The self as an organizing construct in the behavioral and social sciences. W: M. R. Leary, J. P. Tangney (red.), *Handbook of self and identity* (s. 3–14). Nowy Jork: Guilford Press.
- LeDoux, J. (2000). *Mózg emocjonalny*. Poznań: Media Rodzina.
- Lee, M., Shafran, R. (2004). Information processing biases in eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 24(2), 215–238. DOI: 10.1016/j.cpr.2003.10.004
- Lee, M., Shafran, R. (2008). Processing biases in eating disorders: The impact of temporal factors. *International Journal of Eating Disorders*, 41(4), 372–375. DOI: 10.1002/eat.20495
- Lee, S. (1995). Self-starvation in context: Towards a culturally sensitive understanding of anorexia nervosa. *Social Sciences and Medicine*, 41(1), 25–36. DOI: 10.1016/0277-9536(94)00305-D
- Lee, S., Ho, T. P., Hsu, L. K. (1993). Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: A comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychological Medicine*, 23(4), 999–1017. DOI: 10.1017/S0033291700026465
- Leeman, R. F., Robinson, C. D., Waters, A. J., Sofuoglu, M. (2014). A critical review of the literature on attentional bias in cocaine use disorder and suggestions for future research. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 22(6), 469–483. DOI: 10.1037/a0037806
- Legenbauer, T., Rühl, I., Vocks, S. (2008). Influence of appearance-related TV commercials on body image state. *Behavior Modification*, 32(3), 352–371. DOI: 10.1177/0145445507309027

- Lemma-Wright, A. (1994). *Starving to live. The paradox of anorexia nervosa*. Londyn: Central Book Publishing.
- Levens, M. (1995). *Eating disorders and magical control of the body. Treatment through art therapy*. Londyn: Routledge.
- Licinio, J., Wong, M. L., Gold, P. W. (1996). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 62(1), 75–83.
- Lieberman, S. (1995). Anorexia nervosa: The tyranny of appearances. *Journal of Family Therapy*, 17(1), 133–138. DOI: 10.1111/j.1467-6427.1995.tb00008.x
- Lindberg, L., Hjern, A. (2003) Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *The International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 397–408. DOI: 10.1002/eat.10221
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nowy Jork: Guilford Press.
- Lladó, G., González-Soltero, R., Blanco Fernández de Valderrama, M. J. (2017). Anorexia and bulimia nervosa: Virtual diffusion of the disease as a lifestyle. *Nutricion Hospitalaria*, 34(3), 693–701. DOI: 10.20960/nh.469
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Dare, C. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family based approach*. Nowy Jork: Guilford Press.
- Loeber, S., Vollstädt-Klein, S., von der Goltz, C., Flor, H., Mann, K., Kiefer, F. (2009). Attentional bias in alcohol-dependent patients: The role of chronicity and executive functioning. *Addiction Biology*, 14(2), 194–203. DOI: 10.1111/j.1369-1600.2009.00146.x
- Logan, G. D., Zbrodoff, N. J., Williamson, J. (1984). Strategies in the color-word Stroop task. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 22(2), 135–138. DOI: 10.3758/BF03333784
- Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M., Lacey, H. (2005). The role of schema processes in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 717–732. DOI: 10.1007/s10608-005-9635-8
- Luepnitz, D. A. (1988). *The family interpreted: Psychoanalysis, feminism and family therapy*. Nowy Jork: Basic Books.
- Lydecker, J. (2013). *Visual attention bias and body dissatisfaction in eating disorders*. Richmond: Virginia Commonwealth University.
- MacDonald, C. (2002). *Treatment resistance in anorexia nervosa and the pervasiveness of ethics in clinical decision making*. Pobrane z: <http://www.cpa-apc.org/publications/archives/cjp/2002/april/briefCommunicationTreatmentResistance2.asp>
- Mackintosh, B., Hoppitt, L. (2009). Przetwarzanie poznawcze w lęku. W: M. Fajkowska, B. Szymura (red.), *Lęk: Geneza, mechanizmy, funkcje* (s. 109–137). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- MacLeod, C., Mathews, A. (1988). Anxiety and the allocation of attention to threat. *Quarterly Journal of Experimental Psychology. Section A. Human Experimental Psychology*, 40(4), 653–670. DOI: 10.1080/14640748808402292
- MacLeod, C., Mathews, A., Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 15–20. DOI: 10.1037/0021-843X.95.1.15
- MacLeod, C., Rutherford, E., Campbell, L., Ebsworthy, G., Holker, L. (2002). Selective attention and emotional vulnerability: Assessing the causal basis of their association through

- the experimental manipulation of attentional bias. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 107–123. DOI: 10.1037/0021-843X.111.1.107
- MacLeod, C. M. (1991). Half a century of research on the Stroop effect: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 109(2), 163–203. DOI: 10.1037/0033-2909.109.2.163
- Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Madej, A. (2010). Techniki i metody poznawczo-behawioralne w terapii schematu zaburzeń osobowości. *Psychoterapia*, 1(152), 53–66.
- Madigan, S. P., Goldner, E. M. (1998). A narrative approach to anorexia: Discourse, reflexivity and questions. W: M. F. Hoyt (red.), *The handbook of constructive therapies* (s. 380–400). San Francisco: Jossey-Bass.
- Mahamedi, F., Heatherton, T. F. (1993). Effects of high calorie preloads on selective processing of food and body shape stimuli among dieters and nondieters. *International Journal of Eating Disorders*, 13(3), 305–314. DOI: 10.1002/1098-108X(199304)13:3<305::AID-EAT2260130309>3.0.CO;2-H.
- Makino, M., Tsuboi, K., Dennerstein, L. (2004). Prevalence of eating disorders: A comparison of Western and non-Western countries. *MedGenMed: Medscape General Medicine*, 6(3), 49.
- Malan, D. H. (1997). *Anorexia, murder, and suicide. What can be learned from the theories of three remarkable patients*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Malara, B., Joško, J., Kasperczyk, J., Kamecka-Krupa, J. (2010). Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania wśród młodzieży w wybranych miastach województwa śląskiego. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 91(3), 388–392.
- Malson, H. (1998). *The thin woman: Feminism, post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa*. Londyn: Routledge.
- Mander, J., Teufel, M., Keifenheim, K., Zipfel, S., Giel, K. E. (2013). Stages of change, treatment outcome and therapeutic alliance in adult inpatients with chronic anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, 13(1), 111. DOI: 10.1186/1471-244X-13-111
- Mandrosz-Wróblewska, J. (1985). Rola schematów „ja” w przetwarzaniu informacji o sobie i innych ludziach. Teoria Hazel Markus i jej implikacje. *Przegląd Psychologiczny*, 1(28), 101–122.
- Maner, J. K., Gailliot, M. T., DeWall, C. N. (2007). Adaptive attentional attunement: Evidence for mating-related perceptual bias. *Evolution and Human Behavior*, 28(1), 28–36. DOI: 10.1016/j.evolhumbehav.2006.05.006
- Maner, J. K., Gailliot, M. T., Rouby, D. A., Miller, S. L. (2007). Can't take my eyes off you: Attentional adhesion to mates and rivals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(3), 389–401. DOI: 10.1037/0022-3514.93.3.389
- Manley, R. S., Leichner, P. (2003). Anguish and despair in adolescents with eating disorders: Helping to manage suicidal ideation and impulses. *Crisis*, 24(1), 32–36. DOI: 10.1027//0227-5910.24.1.32
- Marco, J. H., Cañabate, M., Pérez, S., Llorca, G. (2017). Associations among meaning in life, body image, psychopathology, and suicide ideation in Spanish participants with eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 73(12), 1768–1781. DOI: 10.1002/jclp.22481
- Markus, H. R. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(2), 63–78.

- Markus, H. R. (1980). The self in thought and memory. W: D. M. Wegner, R. R. Vallacher (red.), *The self in social psychology* (s. 102–130). Hillsdale: Erlbaum.
- Markus, H. R. (1990). Unresolved issues of self-representation. *Cognitive Therapy and Research*, 14(2), 241–253. DOI: 10.1007/BF01176212
- Markus, H. R., Crane, M., Bernstein, S., Siladi, M. (1982). Self-schemas and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 38–50. DOI: 10.1037/0022-3514.42.1.38
- Markus, H. R., Cross, S. (1990). The interpersonal self. W: L. A. Pervin (red.), *Handbook of personality: Theory and research* (s. 576–608). Nowy Jork: Guilford.
- Markus, H. R., Hamill, R., Sentis, K. P. (1987). Thinking fat: Self-schemas for body weight and the processing of weight relevant information. *Journal of Applied Social Psychology*, 17(1), 50–71. DOI: 10.1111/j.1559-1816.1987.tb00292.x
- Markus, H. R., Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9), 954–969. DOI: 10.1037/0003-066X.41.9.954
- Markus, H. R., Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38(1), 299–337. DOI: 10.1146/annurev.ps.38.020187.001503
- Markus, H. R., Zajonc, R. B. (1985). The cognitive perspective in social psychology. W: G. Lindzey, E. Aronson (red.), *Handbook of social psychology* (s. 137–229). Nowy Jork: Random House.
- Martin, M., Williams, R., Clark, D. (1991). Does anxiety lead to selective processing of threat-related information? *Behaviour Research and Therapy*, 29(2), 147–160. DOI: 10.1016/0005-7967(91)90043-3
- Maruszewski, T. (2001). *Psychologia poznania*. Gdańsk: GWP.
- Masheb, R. M., Grilo, C. M. (2003). The nature of body image disturbance in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 333–341. DOI: 10.1002/eat.10139
- Mathews, A., MacLeod, C. (2002). Induced processing biases have causal effects on anxiety. *Cognition and Emotion*, 16(3), 331–354. DOI: 10.1080/02699930143000518
- Mathews, A., MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 167–195. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916
- Mathews, A., Mogg, K., Kentish, J., Eysenck, M. (1995). Effect of psychological treatment on cognitive bias in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 33(3), 293–303. DOI: 10.1016/0005-7967(94)E0022-B
- Mathieu, J. (2009). What is pregorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 109(6), 976–979. DOI: 10.1016/j.jada.2009.04.021
- Mattia, J. L., Heimberg, R. G., Hope, D. A. (1993). The revised Stroop color naming task in social phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 31(3), 305–313. DOI: 10.1016/0005-7967(93)90029-T
- Mayer, A. R., Wilcox, C. E., Dodd, A. B., Klimaj, S., Dekonenko, C. J., Claus, E., Bogen-schutz, M. P. (2016). The efficacy of attention bias modification therapy in cocaine use disorders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42(4), 459–468. DOI: 10.3109/00952990.2016.1151523
- Mayhew, A. J., Pigeyre, M., Couturier, J., Meyre, D. (2018). An evolutionary genetic perspective of eating disorders. *Neuroendocrinology*, 106(3), 292–306. DOI: 10.1159/000484525

- McDougall, J. (1989). *Theatres of the body. A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. Londyn: Free Association Books.
- McDowell, B. D., Moser, D. J., Ferneyhough, K., Bowers, W. A., Andersen, A. E., Paulsen, J. S. (2003). Cognitive impairment in anorexia nervosa is not due to depressed mood. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 351–355. DOI: 10.1002/eat.10149
- McIntosh, V. V. W., Jordan, J., Bulik, C. (2010). Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa. W: C. M. Grilo, J. E. Mitchell (red.), *The treatment of eating disorders* (s. 108–129). Nowy Jork: The Guilford Press.
- McKenzie, S. J., Williamson, D. A., Cubic, B. A. (1993). Stable and reactive disturbances in bulimia nervosa. *Behavior Therapy*, 24(2), 195–207. DOI: 10.1016/S0005-7894(05)80263-1
- McManus, F., Waller, G., Chadwick, P. (1996). Biases in the processing of different forms of threat in bulimic and comparison women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(9), 547–554. DOI: 10.1097/00005053-199609000-00006
- Mehler, P. S., Rylander, M. (2015). Bulimia nervosa – medical complications. *Journal of Eating Disorders*, 3, 12. DOI: 10.1186/s40337-015-0044-4
- Mehran, F., Leonard, T., Samuel-Lajeunesse, B. (1999). Anorexia nervosa: Changes in perception of femininity, figure, diet and clothing concepts with inpatient treatment. *European Eating Disorders Review*, 7(2), 111–120. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0968(199905)7:23.0.CO;2-L
- Melamed, Y., Mester, R., Margolin, J., Kajian, M. (2003). Involuntary treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(6), 617–626. DOI: 10.1016/j.ijlp.2003.09.006
- Meuret, I. (2007). *Writing size zero: Figuring anorexia in contemporary world literatures*. Pobrane z: <http://www.inter-disciplinary.net/mso/hid/hid4/meuret%20paper.pdf>
- Micali, N., Martini, M. G., Thomas, J. J., Eddy, K. T., Kothari, R., Russell, E., Bulik, C., Treasure, J. L. (2017). Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: A population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC Medicine*, 15(1), 12. DOI: 10.1186/s12916-016-0766-4
- Miller, L. C., Berg, J. H., Archer, R. L. (1983). Openers: Individuals who elicit intimate self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(6), 1234–1244. DOI: 10.1037/0022-3514.44.6.1234
- Miller, S. J. (2008). Death resulting from overzealous total parenteral nutrition: The re-feeding syndrome revisited. *Nutrition in Clinical Practice*, 23(2), 166–171. DOI: 10.1177/0884533608314538
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Nowy Jork: Guilford Press.
- Milosevic, A. (1999). Eating disorders: A dentist's perspective. *European Eating Disorders Review*, 7(2), 103–110. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0968(199905)7:2<103::AID-ERV238>3.0.CO;2-7
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 1031–1038.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University.

- Miotto, P., Pollini, B., Restaneo, A., Favaretto, G., Sisti, D., Rocchi, M. B., Preti, A. (2010). Symptoms of psychosis in anorexia and bulimia nervosa. *Psychiatry Research*, 175(3), 237–243. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.03.011
- Mitchell, J. (1994). „Going to the burn” and „pumping iron”: What’s healthy about the current fitness boom. W: M. Lawrence (red.), *Fed up and hungry. Women, oppression and food* (s. 156–175). Londyn: The Women’s Press.
- Mitchell, J. E., Seim, H. C., Colon, E., Pomeroy, C. (1987). Medical complications and medical management of bulimia nervosa. *Annals of Internal Medicine*, 107(1), 71–77.
- Mogg, K., Bradley, B. P. (1998). A cognitive-motivational analysis of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36(9), 809–848. DOI: 10.1016/S0005-7967(98)00063-1
- Mogg, K., Bradley, B. P. (2005). Attentional bias in generalized anxiety disorder versus depressive disorder. *Cognitive Therapy & Research*, 29(1), 29–45. DOI: 10.1007/s10608-005-1646-y
- Mogg, K., Bradley, B. P. (2006). Time course of attentional bias for fear-relevant stimuli in spider-fearful individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1241–1250. DOI: 10.1016/j.brat.2006.05.003
- Mogg, K., Bradley, B. P., Hyare, H., Lee, S. (1998). Selective attention to food related stimuli in hunger: Are attentional biases specific to emotional and psychopathological states, or are they also found in normal drive states? *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 227–237. DOI: 10.1016/S0005-7967(97)00062-4
- Mogg, K., Bradley, B. P., Miles, F., Dixon, C. (2004). Time course of attentional bias for threat scenes: Testing the vigilance-avoidance hypothesis. *Cognition and Emotion*, 18(5), 689–700. DOI: 10.1080/02699930341000158
- Mogg, K., Mathews, A., Eysenck, M. (1992). Attentional bias to threat in clinical anxiety states. *Cognition and Emotion*, 6(2), 149–159. DOI: 10.1080/02699939208411064
- Mogg, K., Millar, N., Bradley, B. P. (2000). Biases in eye movements to threatening facial expressions in generalized anxiety disorder and depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 695–704. DOI: 10.1037//0021-843X.109.4.695
- Mogg, K., Stopa, L., Bradley, B. P. (2001). „From the conscious into the unconscious”: What can cognitive theories of psychopathology learn from Freudian theory? Commentary. *Psychological Inquiry*, 12(3), 139–143.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., PRISMA group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 8(7716), 336–341. DOI: 10.1371/journal.pmedl000097
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), 1. DOI: 10.1186/2046-4053-4-1
- Mohr, H. M., Röder, C., Zimmermann, J., Hummel, D., Negele, A., Grabhorn, R. (2011). Body image distortions in bulimia nervosa: Investigating body size overestimation and body size satisfaction by fMRI. *Neuroimage*, 56(3), 1822–1831. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2011.02.069

- Mohr, H. M., Zimmermann, J., Röder, C., Lenz, C., Overbeck, G., Grabhorn, R. (2010). Separating two components of body image in anorexia nervosa using fMRI. *Psychological Medicine*, 40(9), 1519–1529. DOI: 10.1017/S0033291709991826
- Moley, V. A. (1987). Brief therapy and eating disorders. W: J. E. Harkaway (red.), *Eating disorders (The family therapy collections)* (s. 40–54). Rockville: Aspen Publishers.
- Molinari, E. (1995). Body-size estimation in anorexia nervosa. *Perception and Motor Skills*, 81(1), 23–31. DOI: 10.2466/pms.1995.81.1.23
- Mond, J. M., Hay, P. J. (2008). Public perceptions of binge eating and its treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 41(5), 419–426. DOI: 10.1002/eat.20512
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C. (2007). Health service utilization for eating disorders: Findings from a community-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 40(5), 399–408. DOI: 10.1002/eat.20382
- Monteleone, A. M., Treasure, J., Kan, C., Cardi, V. (2018). Reactivity to interpersonal stress in patients with eating disorders: A systematic review and meta-analysis of studies using an experimental paradigm. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 87, 133–150. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.02.002
- Monteleone, P., Martiadis, V., Colurcio, B., Maj, M. (2002). Leptin secretion is related to chronicity and severity of the illness in bulimia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 64(6), 874–879. DOI: 10.1097/01.PSY.0000024239.11538.A5
- Morgan, C. I. A., Rees, H., Curran, H. V. (2008). Attentional bias to incentive stimuli in frequent ketamine users. *Psychological Medicine*, 38(9), 1331–1340. DOI: 10.1017/S0033291707002450
- Moryłowska-Topolska, J., Ziemiński, R., Molas, A., Gajewski, J., Flis, M., Stelmach, E., Karakuła-Juchnowicz, H. (2017). Schizofrenia i jadłowstręt psychiczny – wzajemne powiązania. Przegląd literatury. *Psychiatria Polska*, 51(2), 261–270. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/63514
- Mountford, V., Haase, A., Waller, G. (2006). Body checking in the eating disorders: Associations between cognitions and behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 708–715. DOI: 10.1002/eat.20279
- Mountford, V., Waller, G., Watson, D., Scragg, P. (2004). An experimental analysis of the role of schema compensation in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 5(3), 223–230. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2004.01.012
- Moyano, D., Sierra, C., Brandi, N., Artuch, R., Mira, A., Garcia-Tornel, S., Vilaseca, M. A. (1999). Antioxidant status in anorexia. *The International Journal of Eating Disorders*, 25(1), 99–103. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199901)25:13.O.CO;2-N
- Mroczkowska, D., Ziółkowska, B., Cwojdzńska, A. (2007). *Zaburzenia odżywiania. Poradnik dla rodziców i bliskich*. Warszawa: Scholar.
- Murphy, S., Downham, C., Cowen, P., Harmer, C. (2008). Direct effects of diazepam on emotional processing in healthy volunteers. *Psychopharmacology*, 199(4), 503–513. DOI: 10.1007/s00213-008-1082-2
- Mussap, A. J., McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A. (2008). Implications of accuracy, sensitivity, and variability of body size estimations to disordered eating. *Body Image*, 5(1), 80–90. DOI: 10.1016/j.bodyim.2007.07.003

- Najder, K. (1997). Schematy poznawcze. W: M. Materska, T. Tyszką (red.), *Psychologia i poznanie* (s. 38–60). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Namysłowska, I. (1997). *Terapia rodzin*. Warszawa: PWN.
- Nathan, P. E., Gorman, J. M. (red.). (2002). *A guide to treatments that work*. Nowy Jork: Oxford University Press.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Leicester: British Psychological Society.
- Navon, D., Margalit, B. (1983). Allocation of attention according to informativeness in visual recognition. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 35(3), 497–512. DOI: 10.1080/14640748308402484
- Neisser, U. (1976). *Cognition and reality: Principles and implications of cognitive psychology*. San Francisco: W. H. Freeman and Company.
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J., Story, M. (2006). Does body satisfaction matter?: Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, 39(2), 244–251. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2005.12.001
- Newton, M. (2005). The psychopathology of anorexia nervosa: A Mahlerian standpoint. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(4), 172–180. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2005.00040.x
- Newton, T., Butler, N., Slade, P. (1988). Denial of symptoms and self-report in eating disorders. *British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa*, 2(2), 55–59.
- Nęcka, E. (2000). Procesy uwagi. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2 (s. 77–96). Gdańsk: GWP.
- Nęcka, E., Orzechowski, J., Szymura, B. (2006). *Psychologia poznawcza*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Nieznański, M. (2003). Czynniki poznawcze w genezie przekonań urojeniowych. *Studia Psychologica*, 4, 151–161.
- Nieznański, M. (2004). Własności struktury „ja” a zaburzenia monitorowania źródła informacji u osób chorych na schizofrenię. *Psychiatria Polska*, 38(5), 819–832.
- Nieznański, M., Czerwińska, M., Chojnowska, A., Walczak, S., Duński, W. (2004). Effectiveness of cognitive skills training in schizophrenia. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 6(2), 33–45.
- Nisbett, R. E., Ross, L. D. (1980). *Human inference: Strategies and shortcomings of social judgment*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Nitendel-Bujakowa, E. (2005). Obraz dziewcząt chorych na anoreksję w ocenie własnej i w ocenie ich rodziców. W: M. Tatała (red.), *Być sobą. Przekraczanie ograniczeń w kierunku wyższej jakości życia* (s. 149–165). Lublin: Polihymnia.
- Öhman, A., Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483–522. DOI: 10.1037//0033-295X.108.3.483
- Okamoto, Y. (2014). Cognitive function in eating disorders. *Nihon Rinsho*, 72(4), 662–666.
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Stahl, D., Tchanturia, K., Treasure, J., Schmidt, U. (2010). The socio-emotional processing stream in anorexia nervosa. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 970–988. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2010.11.001

- Olejnik, S., Algina, J. (2003). Generalized eta and omega squared statistics: Measures of effect size for some common research designs. *Psychological Methods*, 8(4), 434–447. DOI: 10.1037/1082-989X.8.4.434
- Olinier, M. M. (1990). Anal components in overeating. W: H. J. Schwartz (red.), *Bulimia nervosa: Psychoanalytic treatment and theory* (s. 227–255). Madison: International Universities Press, Inc.
- Orbach, S. (1978). *Fat is a feminist issue*. Londyn: Paddington Press.
- Otto-Buczowska, E. (2008). *Endokrynologia wieku rozwojowego – co nowego?* Wrocław: Wydawnictwo Cornetis.
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1(5), 267–278. DOI: 10.1002/cpp.5640010502
- Padierna, A., Quintana, J. M., Arostegui, I., Gonzalez, N., Horcajo, M. J. (2000). The health-related quality of life in eating disorders. *Quality of Life Research*, 9(6), 667–674. DOI: 10.1023/A:1008973106611
- Padierna, A., Quintana, J. M., Arostegui, I., Gonzalez, N., Horcajo, M. J. (2002). Changes in health related quality of life among patients treated for eating disorders. *Quality of Life Research*, 11(6), 545–552. DOI: 10.1023/A:1016324527729
- Palmer, R. L. (2003). Death in anorexia nervosa. *The Lancet*, 361(9368), 1490. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)13221-7
- Parentâe, R., Herrmann, D. J. (2003). *Retraining cognition: Techniques and applications*. Austin: Pro-Ed.
- Parnowski, T., Jernajczyk, W. (1977). Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatria Polska*, 11(4), 417–421.
- Paxton, S. J., Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D. (2006). Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: A five-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 42(5), 888–899. DOI: 10.1037/0012-1649.42.5.888
- Paxton, S. J., McLean, S. A. (2010). Treatment for body image disturbances. W: C. M. Grilo, J. E. Mitchell (red.), *The treatment of eating disorders* (s. 471–486). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Pellizzer, M. L., Waller, G., Wade, T. D. (2018). Body image flexibility: A predictor and moderator of outcome in transdiagnostic outpatient eating disorder treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 368–372. DOI: 10.1002/eat.22842
- Pennycook, W. (1994). Anorexia and adolescence. W: M. Lawrence (red.), *Fed up and hungry. Women, oppression and food* (s. 74–86). Londyn: The Women's Press.
- Phelan, P. W. (1987). Cognitive correlates of bulimia nervosa: The Bulimic Thoughts Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(5), 593–607. DOI: 10.1002/1098-108X(198709)6:5<593::AID-EAT2260060503>3.0.CO;2-M
- Pieri, L. F., Campbell, D. A. (1999). Understanding the genetic predisposition to anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 7(2), 84–95. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0968(199905)7:2<84::AID-ERV288>3.0.CO;2-K
- Pike, K. M., Carter, J. C., Olmsted, M. P. (2004). *Cognitive behavioral therapy manual for anorexia nervosa*. (Niepublikowany manuskrypt).

- Pike, K. M., Carter, J. C., Olmsted, M. P. (2010). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. W: C. M. Grilo, J. E. Mitchell (red.), *The treatment of eating disorders* (s. 83–107). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Pike, K. M., Devlin, M. J., Loeb, K. L. (2004). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. W: J. K. Thompson (red.), *Handbook of eating disorders and obesity* (s. 130–162). Hoboken: Wiley.
- Pike, K. M., Hoek, H. W., Dunne, P. E. (2014). Cultural trends and eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 436–442. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000100
- Pike, K. M., Walsh, B. T., Vitousek, K., Wilson, G. T., Bauer, J. (2003). Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2046–2049. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.11.2046
- Pilecki, M. W., Sałapa, K., Józefik, B. (2016). Socio-cultural context of eating disorders in Poland. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 11. DOI: 10.1186/s40337-016-0093-3
- Pisetsky, E. M., Thornton, L. M., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L., Bulik, C. M. (2013). Suicide attempts in women with eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 1042–1056. DOI: 10.1037/a0034902
- Pishyar, R., Harris, L., Menzies, R. (2008). Responsiveness of measures of attentional bias to clinical change in SAD. *Cognition and Emotion*, 22(7), 1209–1227. DOI: 10.1080/02699930701686008
- Placanica, J. L., Faunce, G. J., Soames Job, R. F. S. (2002). The effect of fasting on attentional biases for food and body shape/weight words in high and low Eating Disorder Inventory Scorers. *International Journal of Eating Disorders*, 32(1), 79–90. DOI: 10.1002/eat.10066
- Podgórska, J. (2002). Znikające ciała: Anoreksja – śmiertelna choroba przenoszona drogą do doskonałości. *Polityka*, 24, 82–84.
- Polivy, J., Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40(2), 193–201. DOI: 10.1037/0003-066X.40.2.193
- Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Accorrà, D., Ruberto, A., Tatarelli, R. (2003). Suicide and attempted suicide in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Annali Dell'istituto Superior Di Sanita*, 39(2), 275–281.
- Pona, A. A., Jones, A. C., Masterson, T. L., Ben-Porath, D. D. (2017). Biases in attention and memory for body shape images in eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 24(6), 1165–1171. DOI: 10.1007/s40519-017-0472-z
- Pope, H. G., Gruber, A., Choi, P., Olivardia, R., Phillips, K. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548–557. DOI: 10.1016/S0033-3182(97)71400-2
- Pope, H. G., Olivardia, R., Gruber, A., Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *The International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 65–72. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199907)26:1<65::AID-EAT8>3.0.CO;2-D
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., Raich, R. M. (2012). Epidemiology and risk factors of eating disorder in adolescence: A review. *Nutricion Hospitalaria*, 27(2), 391–401. DOI: 10.1590/S0212-16112012000200008

- Posner, M. I. (1978). *Chronometric explorations of mind*. Hillsdale: Erlbaum.
- Posner, M. I. (1980). Orienting of attention. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 32(1), 3–25. DOI: 10.1080/00335558008248231
- Posner, M. I. (1994). Attention: The mechanisms of consciousness. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 91(16), 7398–7403. DOI: 10.1073/pnas.91.16.7398
- Posner, M. I., Inhoff, A. W., Friedrich, F. J., Cohen, A. (1987). Isolating attentional systems: A cognitive-anatomical analysis. *Psychobiology*, 15(2), 107–121. DOI: 10.3758/BF03333099
- Posner, M. I., Petersen, S. E. (1990). The attention system of the human brain. *Annual Review and Neuroscience*, 13, 25–42. DOI: 10.1007/s10608-006-9042-9
- Posner, M. I., Snyder, C. R. R. (1975). Attention and cognitive control. W: R. L. Solso (red.), *Information processing and cognition* (s. 55–85). Hillsdale: Erlbaum.
- Posner, M. I., Snyder, C. R. R., Davidson, B. J. (1980). Attention and the detection of signals. *Journal of Experimental Psychology: General*, 109(2), 160–174. DOI: 10.1037//0096-3445.109.2.160
- Pratto, F., John, O. P. (1991). Automatic vigilance: The attention grabbing power of negative social information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 380–391. DOI: 10.1037//0022-3514.61.3.380
- Pringle, A., Harmer, C. J., Cooper, M. J. (2010). Investigating vulnerability to eating disorders: Biases in emotional processing. *Psychological Medicine*, 40(4), 645–655. DOI: 10.1017/S0033291709990778
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behavior. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1110. DOI: 10.3109/10884609309149692
- Pryor, T., Johnson, T., Wiederman, M. W., Boswell, D. L. (1995). The clinical significance of symptom denial among women with anorexia nervosa: Another disposable myth? *Eating Disorders. The Journal of Treatment & Prevention*, 3(4), 293–303. DOI: 10.1080/10640269508250059
- Quimet, A. J., Gawronski, B., Dozois, D. J. A. (2009). Cognitive vulnerability to anxiety: A review and an integrative model. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 459–470. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.05.004
- R Core Team (2017). *R: A language and environment for statistical computing*. Wiedeń: R Foundation for Statistical Computing.
- Ramacciotti, C. E., Coli, E. B., Dell’Osso, O. L. (2003). Silent pericardial effusion in a sample of anorexic patients. *Eating and Weight Disorders*, 8(1), 68–71. DOI: 10.1007/BF03324991
- Reas, D. L., Grilo, C. M. (2008). Review and meta-analysis of pharmacotherapy for binge-eating disorder. *Obesity*, 16(9), 2024–2038. DOI: 10.1038/oby.2008.333
- Reas, D. L., Grilo, C. M., Masheb, R. M., Wilson, G. T. (2005). Body checking and avoidance in overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 342–346. DOI: 10.1002/eat.20092
- Renwick, B., Campbell, I. C., Schmidt, U. (2013a). Attention bias modification: A new approach to the treatment of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 496–500. DOI: 10.1002/eat.22107

- Renwick, B., Campbell, I. C., Schmidt, U. (2013b). Review of attentional bias modification: A brain-directed treatment for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(6). DOI: 10.1002/erv.2248
- Reville, M. C., O'Connor, L., Frampton, I. (2016). Literature review of cognitive neuroscience and anorexia nervosa. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 18. DOI: 10.1007/s11920-015-0651-4
- Ricca, V., Mannucci, E., Mezzani, B., Moretti, S., Di Bernardo, M., Bertelli, M., Rotella, C. M., Faravelli, C. (2001). Fluoxetine and fluvoxamine combined with individual cognitive-behaviour therapy in binge eating disorder: A one-year follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(6), 298–306. DOI: 10.1159/000056270
- Rieger, E., Schotte, D. E., Touyz, S. W., Beumont, P. J. V., Griffiths, R., Russel, J. (1998). Attentional biases in eating disorders: A visual probe detection procedure. *International Journal of Eating Disorders*, 23(2), 199–205. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199803)23:23.3.CO;2-O
- Rieger, E., Touyz, S. W. (2006). An investigation of the factorial structure of motivation to recover in anorexia nervosa using the anorexia nervosa stages of change questionnaire. *European Eating Disorders Review*, 14(4), 269–275. DOI: 10.1002/erv.684
- Rieger, E., Touyz, S. W., Beumont, P. J. V. (2002). The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ): Information regarding its psychometric properties. *International Journal of Eating Disorders*, 32(1), 24–38. DOI: 10.1002/eat.10056
- Rinck, M., Reinecke, A., Ellwart, T., Heuer, K., Becker, E. S. (2005). Speeded detection and increased distraction in fear of spiders: Evidence from eye movements. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(2), 235–248. DOI: 10.1037/0021-843X.114.2.235
- Ripamonti, C., Gemlo, B. T. (1996). Methods of artificial feeding and drainage of the gastrointestinal tract. W: E. Bruera, I. Higginson (red.), *Cachexia-anorexia in cancer patients* (s. 94–110). Oxford: Oxford University Press.
- Roberto, L. G. (1987). Bulimia nervosa: Transgenerational family therapy. W: J. E. Harkaway (red.), *Eating disorders (The family therapy collections)* (s. 1–11). Rockville: Aspen Publishers.
- Roberts, M., Tchanturia, K., Stahl, D., Southgate, L., Treasure, J. (2007). A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychological Medicine*, 37(8), 1075–1084. DOI: 10.1017/S0033291707009877
- Robin, A. L., Foster, S. L. (1989). *Negotiating parent-adolescent conflict: A behavioral-family systems approach*. Nowy Jork: Guilford Press.
- Rock, C. L. (2010). Nutritional rehabilitation for anorexia nervosa. W: C. M. Grilo, J. E. Mitchell (red.), *The treatment of eating disorders* (s. 187–197). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Roerig, J., Mitchell, J., Steffen, K. (2005). New targets in the treatment of anorexia nervosa. *Expert Opinion on Therapeutic Targets*, 9(1), 135–151. DOI: 10.1517/14728222.9.1.135
- Rogers, T. B., Kuiper, N. A., Kirker, W. S. (1977). Self-reference and the encoding of personal information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(9), 677–688. DOI: 10.1037/0022-3514.35.9.677
- Romano, S., Halmi, K., Sarkar, N., Koke, S., Lee, J. (2002). A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 96–102. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.1.96

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Ruff, G., Barrios, B. (1986) Realistic assessment of body image. *Behavioral Assessment*, 8(3), 235–251. DOI: 10.1037/t08436-000
- Rumelhart, D. E. (1980). Schematy – cegiełki poznania. W: Z. Chlewiński (red.), *Psychologia poznawcza w trzech ostatnich dekadach XX wieku* (s. 431–455). Gdańsk: GWP.
- Rumelhart, D. E., Hinton, G. E., McClelland, J. L. (1986). A general framework for parallel distributed processing. W: D. E. Rumelhart, J. L. McClelland, the PDP Research Group (red.), *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition, t. 1. Foundations* (s. 45–76). Cambridge: MIT Press.
- Rushford, N., Ostermeyer, A. (1997). Body image disturbances and their change with video-feedback in anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 35(5), 389–398. DOI: 10.1016/S0005-7967(96)00118-0
- Ruszkowska, E., Siewierska, A. (1997). Problem śmierci i separacji w terapii rodzinnej pacjentek w wieku dorastania hospitalizowanych z powodu zaburzeń odżywiania się. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 49–57.
- Sacksteder, J. L. (1989). Psychosomatic dissociation and false self development in anorexia nervosa. W: M. G. Fromm, B. L. Smith (red.), *The facilitating environment: Clinical applications of Winnicott's theory* (s. 365–393). Madison: International Universities Press, Inc.
- Safer, D. L., Telch C. F., Chen, E. Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. Nowy Jork: Guilford Press.
- Sánchez-Ortiz, V. C., Schmidt, U. (2010). Self-help approaches for bulimia nervosa and binge-eating disorder. W: C. M. Grilo, J. E. Mitchell (red.), *The treatment of eating disorders* (s. 359–371). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Sansone, R. A., Levitt, J. L., Sansone, L. A. (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 13(1), 7–21. DOI: 10.1080/10640260590893593
- Schmidt, N. B., Richey, J. A., Buckner, J. D., Timpano, K. R. (2009). Attention training for generalized social anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 5–14. DOI: 10.1037/a0013643
- Schmidt, U., Lee, S., Beecham, J., Perkins, S., Treasure, J., Yi, I., Winn, S., Robinson, P., Murphy, R., Keville, S., Johnson-Sabine, E., Jenkins, M., Frost, S., Dodge, L., Berelowitz, M., Eisler, I. (2007). A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164(4), 591–598. DOI: 10.1176/appi.ajp.164.4.591
- Schmidt, U., Magill, N., Renwick, B., Keyes, A., Kenyon, M., Dejong, H., Lose, A., Broadbent, H., Loomes, R., Yasin, H., Watson, C., Ghelani, S., Bonin, E. M., Serpell, L., Richards, L., Johnson-Sabine, E., Boughton, N., Whitehead, L., Beecham, J., Treasure, J., Landau, S. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM)

- in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 796–807. DOI: 10.1037/ccp0000019
- Schmidt, U., Treasure, J. (1993). *Getting better bit(e) by bit(e): Survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders*. Londyn: Psychology Press.
- Schmidt, U., Wade, T. D., Treasure, J. (2014). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): Development, key features, and preliminary evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 28(1), 48–71. DOI: 10.1891/0889-8391.28.1.48
- Schmitz, F., Svaldi, J. (2017). Effects of bias modification training in binge eating disorder. *Behavior Therapy*, 48(5), 707–717. DOI: 10.1016/j.beth.2017.04.003
- Schmukle, S. C. (2005). Unreliability of the dot probe task. *European Journal of Personality*, 19(7), 595–605. DOI: 10.1002/per.554
- Schneier, F. R., Kimeldorf, M. B., Choo, T. H., Steinglass, J. E., Wall, M. M., Fyer, A. J., Simpson, H. B. (2016). Attention bias in adults with anorexia nervosa, obsessive-compulsive disorder, and social anxiety disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 79, 61–69. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.04.009
- Schober, I., Renwick, B., de Jong, H., Kenyon, M., Sharpe, H., Jacobi, C., Schmidt, U. (2014). Threat-related attentional bias in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 47(2), 168–173. DOI: 10.1002/eat.22215
- Schupak-Neuberg, E., Nemeroff, C. (1993). Disturbances in identity and self-regulation in bulimia nervosa: Implications for a metaphorical perspective of „body as self”. *International Journal of Eating Disorders*, 13(4), 335–347. DOI: 10.1002/1098-108X(199305)13:43.0.CO;2-M
- Schwartz, D. M., Thompson, M. G., Johnson, C. L. (1983). Eating disorders and culture. W: P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, D. V. Coscina (red.), *Anorexia nervosa. Recent developments in research* (s. 83–95). Nowy Jork: Alan R. Liss.
- Schwartz, H. J. (1990). Bulimia nervosa: Psychoanalytic perspectives. W: H. J. Schwartz (red.), *Bulimia nervosa: Psychoanalytic treatment and theory* (s. 31–55). Madison: International Universities Press.
- Schwartz, R. C., Barrett, M. J. (1988). Women and eating disorders. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 3(4), 131–144. DOI: 10.1300/J287v03n04_09
- Schwartz, R. C., Barrett, M. J., Saba, G. (1985). Family therapy for bulimia nervosa. W: D. M. Garner, P. E. Garfinkel (red.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa* (s. 280–307). Nowy Jork: Guilford Press.
- Sebastian, S. B., Williamson, D. A., Blouin, D. C. (1996). Memory for fatness stimuli in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 20(3), 275–286. DOI: 10.1007/BF02229238
- Seeman, M. V. (2014). Eating disorders and psychosis: Seven hypotheses. *World Journal of Psychiatry*, 4(4), 112–119. DOI: 10.5498/wjp.v4.i4.112
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103(2), 147–162. DOI: 10.1037/0033-2909.103.2.147
- Segal, Z. V., Truchon, C., Gemar, M., Guirguis, M., Horowitz, L. M. (1995). A priming methodology for studying self-representation in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 205–213. DOI: 10.1037/0021-843X.104.1.205

- Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Self-starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. Londyn: Chaucer.
- Sepúlveda, A. R., Botella, J., León, J. A. (2002). Body image disturbance in eating disorders: A meta-analysis. *Psychology in Spain*, 6(1), 83–95.
- Serpell, L., Livingstone, A., Neiderman, M., Lask, B. (2002). Anorexia nervosa: Obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither? *Clinical Psychology Review*, 22(5), 647–669. DOI: 10.1016/S0272-7358(01)00112-X
- Serpell, L., Teasdale, J. D., Troop, N. A., Treasure, J. (2004). The development of the P-CAN, a measure to operationalize the pros and cons of anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 36(4), 416–433. DOI: 10.1002/eat.20040
- Serpell, L., Treasure, J. (2002). Bulimia nervosa: Friend or foe? The pros and cons of bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 32(2), 164–170. DOI: 10.1002/eat.10076
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J. D., Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? A qualitative analysis of the themes expressed in letters written by anorexia nervosa patients. *The International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 177–186. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 93–101. DOI: 10.1002/eat.10228
- Shafran, R., Lee, M., Cooper, Z., Palmer, R. L., Fairburn, C. G. (2007). Attentional bias in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 369–380. DOI: 10.1002/eat.20375
- Shafran, R., Lee, M., Cooper, Z., Palmer, R. L., Fairburn, C. G. (2008). Effect of psychological treatment on attentional bias in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41(4), 348–354. DOI: 10.1002/eat.20500
- Shafran, R., Lee, M., Payne, E., Fairburn, C. G. (2007). An experimental analysis of body checking. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 113–121. DOI: 10.1016/j.brat.2006.01.015
- Shane, M. S., Peterson, J. B. (2007). An evaluation of early and late stage attentional processing of positive and negative information in dysphoria. *Cognition & Emotion*, 21(4), 789–815. DOI: 10.1080/02699930600843197
- Shay, N. F., Mangian, H. F. (2000). Neurobiology of zinc-influenced eating behavior. *The Journal of Nutrition*, 130(5S Suppl), 1493S–1499S. DOI: 10.1093/jn/130.5.1493S
- Shechner, T., Rimon-Chakir, A., Britton, J. C., Lotan, D., Apter, A., Bliese, P. D., Pine, D. S., Bar-Haim, Y. (2014). Attention Bias Modification Treatment augmenting effects on cognitive behavioral therapy in children with anxiety: Randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(1), 61–71. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.09.016
- Shipton, G. (1999). Anorexic space. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 9(6), 435–448. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1298(199911/12)9:63.0.CO;2-S
- Showers, C. J., Zeigler-Hill, V. (2003). Organization of self-knowledge: Features, functions, and flexibility. W: M. R. Leary, J. Tangney (red.), *Handbook of self and identity* (s. 47–67). Nowy Jork: Guilford Press.

- Siegel, J. H., Hardoff, D., Golden, N. H., Shenker, I. R. (1995). Medical complications in male adolescents with anorexia nervosa. *The Journal of Adolescent Health*, 16(6), 448–453. DOI: 10.1016/1054-139X(94)00003-W
- Siegle, G. J., Ghinassi, F., Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31(2), 235–262. DOI: 10.1007/s10608-006-9118-6
- Siep, N., Jansen, A., Havermans, R., Roefs, A. (2011). Cognitions and emotions in eating disorders. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 6(1), 17–33. DOI: 10.1007/7854_2010_82
- Silber, T. J. (2008). A change of paradigm in the treatment of anorexia nervosa?: Not to soon. *Journal of Adolescent Health*, 42(2), 109–110. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2007.11.145
- Silverman, J. A. (1983). Medical consequences of starvation: The malnutrition of anorexia nervosa: Caveat medicus. W: P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, D. V. Coscina (red.), *Anorexia nervosa. Recent developments in research* (s. 293–301). Nowy Jork: Alan R. Liss.
- Simon, W., Siwiak-Kobayashi, M. M. (2008). Activity versus helplessness: Motivational factors and the psychotherapeutic change. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 10(3), 51–60.
- Siwiak-Kobayashi, M., Sala, P. (2003). Trudności w terapii zaburzeń odżywiania w warunkach oddziały leczenia nerwic. W: J. Bomba, B. Józefik (red.), *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: Co, kiedy, komu* (s. 65–77). Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Skrzypek, S., Wehmeier, P. M., Remschmidt, H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(4), 215–221. DOI: 10.1007/s007870170010
- Slade, P. (1988). Body image in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 153(2), 20–22. DOI: 10.1192/S0007125000298930
- Slade, P., Brodie, D. (1994). Body-image distortion and eating disorder: A reconceptualization based on the recent literature. *European Eating Disorders Review*, 2(1), 32–46. DOI: 10.1002/erv.2400020105
- Smink, F. R., van Hoeken, D., Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. DOI: 10.1007/s11920-012-0282-y
- Smink, F. R., van Hoeken, D., Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 543–548. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328365a24f
- Smith, E., Rieger, E. (2006). The effect of attentional bias toward shape and weight-related information on body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 39(6), 509–515. DOI: 10.1002/eat.20291
- Smith, E., Rieger, E. (2009). The effect of attentional training on body dissatisfaction and dietary restriction. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 169–176. DOI: 10.1002/erv.921
- Smith, M., Thelen, M. (1984). Development and validation of test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 863–872. DOI: 10.1037/0022-006X.52.5.863

- Sohlberg, M. M., Mateer, C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. Nowy Jork: Guilford Press.
- Sorrentino, R. M., Short, J. C. (1986). Uncertainty orientation, motivation, and cognition. W: R. M. Sorrentino, E. T. Higgins (red.), *The handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior, t. 1* (s. 379–403). Nowy Jork: Guilford Press.
- Southgate, L., Tchanturia, K., Treasure, J. (2009). Neuropsychological studies in eating disorders: A review. W: P. I. Swain (red.), *Eating disorders: New research* (s. 1–69). Nowy Jork: Nova Science.
- Sperling, I., Baldofski, S., Lüthold, P., Hilbert, A. (2017). Cognitive food processing in binge-eating disorder: An eye-tracking study. *Nutrients*, 9(8), 903. DOI: 10.3390/nu9080903
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. W: C. D. Spielberger (red.), *Anxiety and behavior* (s. 3–20). Nowy Jork: Academic Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R. I: History, rationale and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 624–629.
- Sprince, M. (1990). Experiencing and recovering transitional space in the analytic treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. W: H. J. Schwartz (red.), *Bulimia nervosa: Psychoanalytic treatment and theory* (s. 255–299). Madison: International Universities Press, Inc.
- Starzomska, M. (1998). Inaczej o anoreksji (część pierwsza). *Nowiny Psychologiczne*, 1, 33–42.
- Starzomska, M. (2001). *Zaburzenia poczucia tożsamości i doświadczenia skryptowe w anorexia nervosa i bulimia nervosa* (Niepublikowana praca doktorska). Uniwersytet Warszawski. Warszawa.
- Starzomska, M. (2006a). *Anoreksja. Trudne pytania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Starzomska, M. (2006b). The role of broad and narrow definitions of capacity in treating anorexic patients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 8(2), 25–40.
- Starzomska, M. (2006c). Ethical challenges in forcible feeding among patients with anorexia nervosa and prisoners. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 8(3), 85–96.
- Starzomska, M. (2007). Jakość życia u osób z bulimią. W: E. Zasępa (red.), *Jakość życia osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Wybrane zagadnienia* (s. 123–134). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akapit.
- Starzomska, M. (2008a). Zaburzenia jedzenia uwarunkowane psychicznie. *Żywność Człowieka i Metabolizm*, 35(1), 75–83.
- Starzomska, M. (2008b). Egosyntoniczność jako patognomoniczny objaw anoreksji. *Psychoterapia*, 3(146), 61–74.
- Starzomska, M. (2009a). Application of the concept of egosyntonicity to the assessment of anorexic patients' competence. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 11(1), 39–43.
- Starzomska, M. (2009b). Spektrum postaw wobec śmierci u osób z anoreksją. *Kultura i Społeczeństwo*, 53(1), 185–202.
- Starzomska, M. (2010). A concept of palliative care of anorexic patients vs. their quality of life. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 12(4), 49–59.

- Starzomska, M. (2013a). Piętno odcisnięte na ciele: Otyłość i defekty urody w kulturze „instant”. *Journal of Modern Science*, 2(17), 107–122.
- Starzomska, M. (2013b). O anoreksji konstruktywnie: Anoreksja jako odpowiedź kobiet na nasilające się deprecjonowanie ich ciała we współczesnej kulturze. W: E. Zasępa (red.), *Doświadczenie choroby i niepełnosprawności* (s. 59–70). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Starzomska, M. (2017a). Three methods of calculating attention bias: Reflections on studies employing the dot-probe methodology. W: A. M. Columbus (red.), *Advances in psychology research*, t. 125 (s. 175–186). Nowy Jork: Nova Science Publishers, Inc.
- Starzomska, M. (2017b). Applications of the dot probe task in attentional bias research in eating disorders: A review. *Psicologica*, 38(2), 283–346.
- Starzomska, M., Cylwik, M. (2013). W poszukiwaniu przyczyn bigoreksji: Wizerunek ciała a dobrostan u mężczyzn uczęszczających do siłowni w świetle wyników badań własnych. *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio*, 13(1), 204–217.
- Starzomska, M., Smulczyk, M. (2011). Application of Personal Construct Theory to understanding and treating anorexia nervosa. W: V. R. Preedy, R. R. Watson, C. R. Martin (red.), *Handbook of behavior, food and nutrition* (s. 2503–2515). Nowy Jork: Springer.
- Starzomska, M., Tadeusiewicz, R. (2016). Pitfalls in anorexia nervosa research: The risk of artifacts linked to denial of illness and methods of preventing them. *Psychiatria Danubina*, 28(3), 202–210.
- Starzomska, M., Wilkos, E., Kucharska, K. (2018a). Modern approaches to the treatment of anorexia nervosa. „The third wave” of cognitive behavioral therapy. *Psychiatria Polska*, 52(4), 651–662. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/75338
- Starzomska, M., Wilkos, E., Kucharska, K. (2018b). Contemporary psychotherapeutic interventions in patients with anorexia nervosa – A review. *Psychiatria Polska*, 52(4), 663–672. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/73733
- Statistica PL. (1997). Kraków: StatSoft.
- Steiger, H., Jabalpurwala, S., Champagne, J., Stotland, S. (1997). A controlled study of trait narcissism in anorexia and bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 173–178. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:23.3.CO;2-F
- Stein, K. F. (1996). The self-schema model: A theoretical approach to the self-concept in eating disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(2), 96–109. DOI: 10.1016/S0883-9417(96)80072-0
- Stein, K. F., Corte C. (2003). Reconceptualizing causative factors and intervention strategies in the eating disorders: A shift from body image to self-concept impairments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(2), 57–66. DOI: 10.1053/apnu.2003.50000
- Stein, K. F., Corte, C. (2007). Identity impairment and the eating disorders: Content and organization of the self-concept in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15(1), 58–69. DOI: 10.1002/erv.726
- Stein, K. F., Nyquist, L. (1998). *Self-concept deviations in women with an eating disorder*. Referat na VIII International Congress on Eating Disorders, Nowy Jork, USA.

- Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for practice with chronic medical illness. *Family Systems and Health*, 16(1-2), 55-70. DOI: 10.1037/h0089842
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia in the 20th century. *The American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.8.1284
- Sternberg, R. J. (1999). Psychologia poznawcza. Warszawa: WSiP.
- Stewart, S. H., Samoluk, S. B. (1997). Effects of short-term food deprivation and chronic dietary restraint on the selective processing of appetitive-related cues. *International Journal of Eating Disorders*, 21(2), 129-135. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199703)21:23.3.CO;2-T
- Stice, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 36(10), 931-944. DOI: 10.1016/S0005-7967(98)00074-6
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848. DOI: 10.1037//0033-2909.128.5.825
- Stobiecka, M. (2000). Głód śmierci. Zaabsorbowanie tematyką śmierci w anoreksji psychicznej. W: A. Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji* (s. 237-276). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Stojek, M., Shank, L. M., Vannucci, A., Bongiorno, D. M., Nelson, E. E., Waters, A. J., Engel, S. G., Boutelle, K. N., Pine, D. S., Yanovski, J. A., Tanofsky-Kraff, M. (2018). A systematic review of attentional biases in disorders involving binge eating. *Appetite*, 123, 367-389. DOI: 10.1016/j.appet.2018.01.019
- Storbeck, J., Robinson, M. D. (2004). Preferences and inferences in encoding visual objects: A systematic comparison of semantic and affective priming. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(1), 81-93. DOI: 10.1177/0146167203258855
- Strauman, T. J., Merrill, K. M. (2004). The basic science/clinical science interface and treatment development. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 263-266. DOI: 10.1093/clipsy.bph081
- Strauman, T. J., Vookles, J., Berenstein, V., Chaiken, S., Higgins, E. T. (1991). Self-discrepancies and vulnerability to body dissatisfaction and disordered eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), 946-956. DOI: 10.1037/0022-3514.61.6.946
- Strober, M. (1991). Disorders of the self in anorexia nervosa: An organismic-developmental paradigm. W: C. Johnson (red.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa* (s. 354-373). Nowy Jork: Guilford Press.
- Strober, M. (2004). Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 245-255. DOI: 10.1002/eat.20054
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643-662. DOI: 10.1037/h0054651
- Stunkard, A. J., Wadden, T. A. (1990). Restrained eating and human obesity. *Nutrition Reviews*, 48(2), 78-86. DOI: 10.1111/j.1753-4887.1990.tb02909.x
- Su, J. C., Birmingham, C. L. (2003). Anorexia: The cost of long-term disability. *Eating and Weight Disorders*, 8(1), 76-79.
- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1073-1074.

- Suokas, J. T., Suvisaari, J. M., Gissler, M., Löfman, R., Linna, M. S., Raevuori, A., Haukka, J. (2013). Mortality in eating disorders: A follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995–2010. *Psychiatry Research*, 210(3), 1101–1106. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.07.042
- Suokas, J. T., Suvisaari, J. M., Grainger, M., Raevuori, A., Gissler, M., Haukka, J. (2014). Suicide attempts and mortality in eating disorders: A follow-up study of eating disorder patients. *General Hospital Psychiatry*, 36(3), 355–357. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2014.01.002
- Sweeting, H., Walker, L., MacLean, A., Patterson, C., Räisänen, U., Hunt, K. (2015). Prevalence of eating disorders in males: A review of rates reported in academic research and UK mass media. *International Journal of Men's Health*, 14(2). DOI: 10.3149/jmh.1402.86
- Sysko, R., Walsh, B. T. (2008). A critical evaluation of the efficacy of self-help interventions for the treatment of bulimia nervosa and binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 97–112. DOI: 10.1002/eat.20475
- Szmukler, G., Young, G., Miller, G., Lichtenstein, M., Binns, D. (1995). A controlled trial of cisapride in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17(4), 347–357. DOI: 10.1002/1098-108X(199505)17:43.0.CO;2-K
- Szymura, B. (2007). *Temperament uwagi*. Kraków: Wydawnictwo Universitas.
- Tabin, C. J., Tabin, J. K. (1990). Bulimia nervosa and anorexia: Understanding their gender and their complex of symptoms. W: H. J. Schwartz (red.), *Bulimia nervosa: Psychoanalytic treatment and theory* (s. 173–227). Madison: International Universities Press, Inc.
- Tan, J., Hope, T., Stewart, A. (2003a). Anorexia nervosa and personal identity: The accounts of patients and their parents. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(5), 533–548. DOI: 10.1016/S0160-2527(03)00085-2
- Tan, J., Hope, T., Stewart, A. (2003b). Competence to refuse treatment in anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(6), 697–707. DOI: 10.1016/j.ijlp.2003.09.010
- Tan, J., Hope, T., Stewart, A., Fitzpatrick, R. (2003). Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: The views of patients and parents. Involuntary treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(6), 627–645. DOI: 10.1016/j.ijlp.2003.09.009
- Tanofsky-Kraff, M., Wilfley, D. E. (2010). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa and binge-eating disorder. W: C. M. Grilo, J. E. Mitchell (red.), *The treatment of eating disorders* (s. 271–293). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Tareen, A., Hodes, M., Rangel, L. (2005). Non-fat-phobic anorexia nervosa in British South Asian adolescents. *The International Journal of Eating Disorders*, 37(2), 161–165. DOI: 10.1002/eat.20080
- Taylor, S. E., Crocker, J. (1981). Schematic bases of social information processing. W: E. T. Higgins, P. Herman, M. P. Zanna (red.), *The Ontario Symposium in Personality and Social Psychology*, t. 1 (s. 89–134). Hillsdale: Erlbaum.
- Tchanturia, K., Anderluh, M. B., Morris, R. G., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A., Sanchez, P., Treasure, J. L. (2004). Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10(4), 513–520. DOI: 10.1017/S1355617704104086

- Tchanturia, K., Campbell, I. C., Morris, R., Treasure, J. (2005). Neuropsychological studies in anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 37(Suppl), S72–76. DOI: 10.1002/eat.20119
- Tchanturia, K., Davies, H., Roberts, M., Harrison, A., Nakazato, M., Schmidt, U., Treasure, J., Morris, R. (2012). Poor cognitive flexibility in eating disorders: Examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PLoS One*, 7(1), e28331. DOI: 10.1371/journal.pone.0028331
- Tchanturia, K., Hambrook, D. (2010). Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa. W: C. M. Grilo, J. E. Mitchell (red.), *The treatment of eating disorders* (s. 130–149). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Thiels, A., Paul, T. (2007). Compulsory treatment in anorexia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatic Medical Psychology*, 57(3–4), 128–135. DOI: 10.1055/s-2006-951935
- Thiels, C. (2008). Forced treatment of patients with anorexia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(5), 495–498. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328305e45c
- Thomas, J. J., Vartanian, L. R., Brownell, K. D. (2009). The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: Meta-analysis and implications for DSM. *Psychological Bulletin*, 135(3), 407–433. DOI: 10.1037/a0015326
- Thompson, J. K. (1987). Body size distortion in anorexia nervosa: Reanalysis and reconceptualization. *International Journal of Eating Disorders*, 6(3), 379–384. DOI: 10.1002/1098-108X(198705)6:3<379::AID-EAT2260060307>3.0.CO;2-O
- Thompson, J. K., Gardner, R. M. (2002). Measuring perceptual body image among adolescents and adults. W: T. F. Cash, T. Pruzinsky (red.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (s. 135–141). Nowy Jork: Guilford Press.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., Tantleff-Dunn, S. (1999). Cognitive-processing models. W: J. K. Thompson, L. J. Heinberg, M. Altabe, S. Tantleff-Dunn (red.), *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbances* (s. 271–310). Waszyngton: American Psychological Association.
- Thompson, J. K., van den Berg, P. (2002). Measuring body image attitudes among adolescents and adults. W: T. F. Cash, T. Pruzinsky (red.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (s. 142–154). Nowy Jork: Guilford Press.
- Thorpe, S. J., Salkovskis, P. M. (1997). Information processing in spider phobics: The Stroop colour naming task may indicate strategic but not automatic attentional bias. *Behaviour Research and Therapy*, 35(2), 131–144. DOI: 10.1016/S0005-7967(96)00093-9
- Tiggemann, M., Kuring, J. K. (2004). The role of body objectification in disordered eating and depressed mood. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(Pt 3), 299–311. DOI: 10.1348/0144665031752925
- Tiggemann, M., Lynch, J. E. (2001). Body image across the lifespan in adult women: The role of self-objectification. *Developmental Psychology*, 37(2), 243–253. DOI: 10.1037//0012-1649.37.2.243
- Tobin, D. L., Griffing, A. S. (1995). Coping and depression in bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 18(4), 359–363. DOI: 10.1002/1098-108X(199512)18:4<359::AID-EAT2260180409>3.0.CO;2-A

- Tomaszewicz-Libudzie, C. (1997). Zagrożające życiu zaburzenia metaboliczne i patofizjologiczne u chorych na jadłowstręt psychiczny. *Psychiatria Polska*, 31(6), 713–721.
- Tomczak, M., Tomczak, E. (2014). The need to report effect size estimates revisited. An overview of some recommended measures of effect size. *Trends in Sport Sciences*, 1(21), 19–25.
- Toro, J., Salameró, M., Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(3), 147–151. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb08084.x
- Touyz, S., Le Grange, D., Lacey, H., Hay, P., Smith, R., Maguire, S., Bamford, B., Pike, K. M., Crosby, R. D. (2013). Treating severe and enduring anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 43(12), 2501–2511. DOI: 10.1017/S0033291713000949
- Trace, S. E., Baker, J. H., Peñas-Lledó, E., Bulik, C. M. (2013). The genetics of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 589–620. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185546
- Trapp, W., Kalzendorf, C., Baum, C., Hajak, G., Lautenbacher, S. (2018). Attentional biases in patients suffering from unipolar depression: Results of a dot probe task investigation. *Psychiatry Research*, 261, 325–331. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.01.005
- Traub, A., Orbach, J. (1964). Psychophysical studies of body image. I. The adjustable body-distorting mirror. *Archives of General Psychiatry*, 11, 53–66. DOI: 10.1001/archpsyc.1964.01720250055007
- Treasure, J., Cardi, V., Leppanen, J., Turton, R. (2015). New treatment approaches for severe and enduring eating disorders. *Physiology & Behavior*, 152(Pt B), 456–465. DOI: 10.1016/j.physbeh.2015.06.007
- Treasure, J., Ward, A. (1997). Cognitive analytical therapy in the treatment of anorexia nervosa in the practitioner. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4(1), 62–71. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(199703)4:1<62::AID-CPP114>3.0.CO;2-Y
- Treat, T. A., Gaskill, J. A., McCabe, E. B., Ghinassi, F. A., Luczak, A. D., Marcus, M. D. (2005). Short-term outcome of psychiatric inpatients with anorexia nervosa in the current care environment. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 123–133. DOI: 10.1002/eat.20160
- Treisman, A. M. (1969). Strategies and models of selective attention. *Psychological Review*, 76(3), 282–299. DOI: 10.1037/h0027242
- Turton, R., Bruidegom, K., Cardi, V., Hirsch, C. R., Treasure, J. (2016). Novel methods to help develop healthier eating habits for eating and weight disorders: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 61, 132–155. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2015.12.008
- Tylec, A., Olajossy, M., Dubas-Ślęmp, H., Szychalska, K. (2013). Możliwość czy przymus leczenia? Anoreksja psychiczna – uregulowania prawne. Opis przypadku. *Psychiatria Polska*, 47(3), 531–539.
- Urwin, R. E., Bennetts, B., Wilcken, B., Lampropoulos, B., Beumont, P., Clarke, S. (2002). Anorexia nervosa (restrictive subtype) is associated with a polymorphism in the novel norepinephrine transporter gene promoter polymorphic region. *Molecular Psychiatry*, 7(6), 652–657. DOI: 10.1038/sj.mp.4001080

- Van Hesteren, F. (1992). The self in moral agency. Toward a theoretical model of the ideal altruistic personality. W: P. M. Oliner, S. P. Oliner, L. Baron, L. A. Blum, D. L. Krebs (red.), *Embracing the other: Philosophical, psychological, and historical perspectives on altruism* (s. 170 –193). Nowy Jork: New York University Press.
- Van Noort, B. M., Pfeiffer, E., Ehrlich, S., Lehmkuhl, U., Kappel, V. (2016). Cognitive performance in children with acute early-onset anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(11), 1233–1244. DOI: 10.1007/s00787-016-0847-0
- Van Wymelbeke, V., Brondel, L., Brun, J. M., Rigaud, D. (2004). Factors associated with the increase in resting energy expenditure during refeeding in malnourished anorexia nervosa patients. *American Journal of Clinical Nutrition*, 80(6), 1469–1477. DOI: 10.1093/ajcn/80.6.1469
- Varela-Besteiro, O., Serrano-Troncoso, E., Rodríguez-Vicente, V., Curet-Santisteban, M., Conangla-Roselló, G., Cecilia-Costa, R., Carulla-Roig, M., Matalí-Costa, J. L., Dolz-Abadia, M. (2017). Suicidal ideation and self-injurious behavior in adolescents with eating disorders. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 45(4), 157–166.
- Varma, A., Rastogi, R. (2015). Recognizing body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 8(3), 165–168. DOI: 10.4103/0974-2077.167279
- Vartanian, L. R., Polivy, J., Herman, C. P. (2004). Implicit cognitions and eating disorders: Their application in research and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(2), 160–167. DOI: 10.1016/S1077-7229(04)80027-0
- Viken, R. J., Treat, T. A., Nosofsky, R. M., McFall, R. M., Palmeri, T. J. (2002). Modeling individual differences in perceptual and attentional processes related to bulimic symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 598–609. DOI: 10.1037//0021-843X.111.4.598
- Vitousek, K. B., Daly, J., Heiser, C. (1991). Reconstructing the internal world of the eating disordered individual: Overcoming denial and distortion in self-report. *International Journal of Eating Disorders*, 10(6), 647–666. DOI: 10.1002/1098-108X(199111)10:6<647::AID-EAT2260100604>3.0.CO;2-T
- Vitousek, K. B., Ewald, L. S. (1993). Self-representation in eating disorders: A cognitive perspective. W: Z. Segal, S. Blatt (red.), *The self in emotional disorders: Cognitive and psychodynamic perspectives* (s. 221–257). Nowy Jork: Guilford Press.
- Vitousek, K. B., Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14(2), 191–214. DOI: 10.1007/BF01176209
- Vitousek, K. B., Orimoto, L. (1993). Cognitive-behavioral models of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and obesity. W: K. S. Dobson, P. C. Kendall (red.), *Psychopathology and cognition* (s. 191–243). San Diego: Academic Press.
- Vitousek, K. B., Watson, S., Wilson, G. (1998). Enhancing motivation for change in treatment – resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 391–420. DOI: 10.1016/S0272-7358(98)00012-9
- Voon, V. (2015). Cognitive biases in binge eating disorder: The hijacking of decision making. *CNS Spectrums*, 20(6), 566–573. DOI: 10.1017/S1092852915000681
- Waller, G., Meyer, C. (1997). Cognitive avoidance of threat cues: Associations with EDI scores among a non-eating disordered population. *International Journal of Eating Disorders*, 22(3), 299–308. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199711)22:3<299::AID-EAT9>3.0.CO;2-I

- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *The International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 235–241. DOI: 10.1002/1098-108X(200009)28:23.0.CO;2-1
- Waller, G., Watkins, H., Shuck, V., McManus, F. (1996). Bulimic psychopathology and attentional biases to ego threats among non-eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 169–176. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199609)20:2<169::A-ID-EAT7>3.0.CO;2-E
- Warin, M. (2003). Miasmatic calories and saturating fats: Fear of contamination in anorexia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 27(1), 77–93. DOI: 10.1023/A:1023683905157
- Warin, M. (2004). Primitivising anorexia: The irresistible spectacle of not eating. *The Australian Journal of Anthropology*, 15(1), 95–104. DOI: 10.1111/j.1835-9310.2004.tb00368.x
- Warren, R. E. (1972). Stimulus encoding and memory. *Journal of Experimental Psychology*, 94(1), 90–100. DOI: 10.1037/h0032786
- Warren, R. E. (1974). Association, directionality and stimulus encoding. *Journal of Experimental Psychology*, 102(1), 151–159. DOI: 10.1037/h0035703
- Watts, F. N., McKenna, F. P., Sharrock, R., Trezise, L. (1986). Colour naming of phobia-related words. *British Journal of Psychology*, 77(1), 97–108. DOI: 10.1111/j.2044-8295.1986.tb01985.x
- Weiner, H., Katz, J. L. (1983). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in anorexia nervosa: A reassessment. W: P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, D. V. Coscina (red.), *Anorexia nervosa. Recent developments in research* (s. 249–271). Nowy Jork: Alan R. Liss.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21(3), 273–280. DOI: 10.1016/S0005-7894(05)80330-2
- Wells, A., Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wenzel, A., Holt, C. S. (1999). Dot probe performance in two specific phobias. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(4), 407–410. DOI: 10.1348/014466599163006
- Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Blaney, S. (2009). Body image in girls. W: L. Smolak, J. K. Thompson (red.), *Body image, eating disorders and obesity in youth* (s. 47–76). Waszyngton: American Psychological Association.
- Werthmann, J., Jansen, A., Roefs, A. (2015). Worry or craving? A selective review of evidence for food-related attention biases in obese individuals, eating-disorder patients, restrained eaters and healthy samples. *Proceedings of The Nutrition Society*, 74(2), 99–114. DOI: 10.1017/S0029665114001451
- Westmoreland, P., Mehler, P. S. (2016). Caring for patients with Severe and Enduring Eating Disorders (SEED): Certification, harm reduction, palliative care, and the question of futility. *Journal of Psychiatric Practice*, 22(4), 313–320. DOI: 10.1097/PRA.0000000000000160
- Whalen, P. J., Kagan, J., Cook, R. G., Davis, F. C., Kim, H., Polis, S., McLaren, D. L., Somerville, L. H., McLean, A. A., Maxwell, J. S., Johnstone, T. (2004). Human amygdala responsivity to masked fearful eye-whites. *Science*, 306(5704), 2061. DOI: 10.1126/science.1103617

- White, M. (1987). Anorexia nervosa: A cybernetic perspective. W: J. E. Harkaway (red.), *Eating disorders (The family therapy collections)* (s. 117–131). Rockville: Aspen Publishers.
- Wild, B., Friederich, H. C., Zipfel, S., Resmark, G., Giel, K., Teufel, M., Schellberg, D., Löwe, B., de Zwaan, M., Zeeck, A., Herpertz, S., Burgmer, M., von Wietersheim, J., Tagay, S., Dinkel, A., Herzog, W. (2016). Predictors of outcomes in outpatients with anorexia nervosa – Results from the ANTOP study. *Psychiatry Research*, 244, 45–50. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.07.002
- Wildes, J. E., Forbush, K. T., Hagan, K. E., Marcus, M. D., Attia, E., Gianini, L. M., Wu, W. (2017). Characterizing severe and enduring anorexia nervosa: An empirical approach. *International Journal of Eating Disorders*, 50(4), 389–397. DOI: 10.1002/eat.22651
- Wilfley, D. E., Frank, M. A., Welch, R. R., Spurrell, E. B., Rounsaville, B. J. (1998). Adapting interpersonal psychotherapy to a group format (IPT-G) for binge eating disorder: Toward a model for adapting empirically supported treatments. *Psychotherapy Research*, 8(4), 379–391. DOI: 10.1080/10503309812331332477
- Wilkos, E., Tylec, A., Kułakowska, D., Kucharska, K. (2013). Najnowsze kierunki terapeutyczne w rehabilitacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. *Psychiatria Polska*, 47(4), 621–634.
- Wilksch, S., Wade, T. D. (2004). Differences between women with anorexia nervosa and restrained eaters on shape and weight concerns, self-esteem, and depression. *The International Journal of Eating Disorders*, 35(4), 571–578. DOI: 10.1002/eat.10273
- Williams, C. J., Pieri, L., Sims, A. (1998). Does palliative care have a role in treatment of anorexia nervosa? We should strive to keep patients alive. *BMJ Clinical Research*, 317(7152), 195–197. DOI: 10.1136/bmj.317.7152.195
- Williams, J. M. G., Mathews, A., MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120(1), 3–24. DOI: 10.1037//0033-2909.120.1.3
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester: Wiley.
- Williamson, D. A., Muller, S. L., Reas, D. L., Thaw, J. M. (1999). Cognitive bias in eating disorders: Implications for theory and treatment. *Behavior Modification*, 23(4), 556–577. DOI: 10.1177/0145445599234003
- Williamson, D. A., Stewart, T. M., White, M. A., York-Crowe, E. (2002). An information-processing perspective on body image. W: T. F. Cash, T. Pruzinsky (red.), *Body images: A handbook of theory, research, and clinical practice* (s. 47–54). Nowy Jork: Guilford Press.
- Williamson, D. A., White, M. A., York-Crowe, E., Stewart, T. M. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior Modification*, 28(6), 711–738. DOI: 10.1177/0145445503259853
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatments for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199–216. DOI: 10.1037/0003-066X.62.3.199
- Wilson, G. T., Shafran, R. (2005). Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet*, 365(9453), 79–81. DOI: 10.1016/S0140-6736(04)17669-1
- Wilson, G. T., Smith, D. (1989). Assessment of bulimia nervosa: An evaluation of the eating disorders examination. *International Journal of Eating Disorders*, 8(2), 173–179. DOI: 10.1002/1098-108X(198903)8:2<173::AID-EAT2260080206>3.0.CO;2-V

- Wiśniewski, A. (2009). Fenomen aktywności ruchowej w jadłowstręcie psychicznym – uwarunkowania biologiczne. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 4(1), 17–25.
- Wojciechowska, I. (2000). Kiedy ciało ma decydujący głos w sprawie wartości człowieka – drogi prowadzące do tożsamości anorektycznej. W: A. Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji* (s. 77–124). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Wojciszke, B. (2002). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wolz, I., Fagundo, A. B., Treasure, J., Fernández-Aranda, F. (2015). The processing of food stimuli in abnormal eating: A systematic review of electrophysiology. *European Eating Disorders Review*, 23(4), 251–261. DOI: 10.1002/erv.2366
- Wołoszyn, K., Asanowicz, D. (2014). Niezależność czy współpraca? Zagadnienie interakcji wzbudzeniowego i wykonawczego systemu uwagi. *Rocznik Kognitywistyczny*, 7, 77–88.
- Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Smith, T. L., Klein, M., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Engel, S. G. (2010). Integrative cognitive-affective therapy for bulimia nervosa. W: C. M. Grilo, J. E. Mitchell (red.), *The treatment of eating disorders* (s. 317–338). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Wooley, S. C., Lewis, K. G. (1987). Multi-family therapy within an intensive treatment program for bulimia nervosa. W: J. E. Harkaway (red.), *Eating disorders (The family therapy collections)* (s. 12–24). Rockville: Aspen Publishers.
- Woydyło, K. (2010). *Pracoholizm. Perspektywa poznawcza*. Warszawa: Difin.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T., Jaworowska, A., Fecenec, D. (2006). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Wu, M., Hartmann, M., Skunde, M., Herzog, W., Friederich, H. C. (2013). Inhibitory control in bulimic-type eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 8(12), e83412. DOI: 10.1371/journal.pone.0083412
- Wycisk, J. (2000). To tylko kobiecość. Rozumienie anoreksji w ujęciu feministycznym. W: A. Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji* (s. 125–140). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Wykes, T., Brammer, M., Mellers, J., Bray, P., Reeder, C., Williams, C., Corner, J. (2002). Effects on the brain of a psychological treatment: Cognitive remediation therapy. Functional magnetic resonance imaging in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 181(2), 144–152. DOI: 10.1192/bjp.181.2.144
- Yager, J., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Mitchell, J. E., Powers, P., Zerbe, K. J. (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Waszyngton: American Psychiatric Association.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorder: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Nowy Jork: Guilford Publications.
- Young, J. E., Mufson, L. (2003). *Manual for interpersonal psychotherapy – adolescent skills training (IPT-AST)*. Nowy Jork: Columbia University.

- Zachariasen, R. D. (1995). Oral manifestations of bulimia nervosa. *Women & Health*, 22(4), 67–74. DOI: 10.1300/J013v22n04_04
- Zajonc, R. (1985). Uczucia a myślenie. Nie trzeba się domyślać, by wiedzieć, co się woli. *Przegląd Psychologiczny*, 28, 27–72.
- Zawadzki, B., Popiel, A., Pragłowska, E. (2009). Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji Kwestionariusza Depresji BDI-II Aarona Becka. *Psychologia-Etologia-Genetyka*, 19, 71–95.
- Zeeck, A., Hartmann, A., Buchholz, C., Herzog, T. (2005). Drop outs from in-patient treatment of anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 29–37. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2004.00378.x
- Zerbe, K. J. (1993a). Whose body is anyway? Understanding and treating psychosomatic aspects of eating disorders. *Bulletin of The Menninger Clinic*, 57(2), 161–177.
- Zerbe, K. J. (1993b). *The body betrayed, women, eating disorders and treatment*. Waszyngton: American Psychiatric Press.
- Zerbe, K. J. (2010). Psychodynamic therapy for eating disorders. W: C. M. Grilo, J. E. Mitchell (red.), *The treatment of eating disorders* (s. 339–358). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Zhou, N., Zhao, C., Yang, T., Du, S., Yu, M., Shen, H. (2018). Attentional bias towards sleep-related stimuli in insomnia disorder: A behavioural and ERP study. *Journal of Sleep Research*, 27(3), e12652. DOI: 10.1111/jsr.12652
- Zhu, Y., Hu, X., Wang, J., Chen, J., Guo, Q., Li, C. (2012). Processing of food, body and emotional stimuli in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 439–450. DOI: 10.1002/erv.2197:439-450
- Ziolko, H. U. (1990). Bulimia nervosa and kleptomania: Psychodynamics of compulsive eating and stealing. W: H. J. Schwartz (red.), *Bulimia nervosa: Psychoanalytic treatment and theory* (s. 523–535). Madison: International Universities Press, Inc.
- Ziółkowska, B. (1998). Uwarunkowania gotowości organizmu do reagowania zaburzeniami jedzenia w sytuacjach trudnych. *Czasopismo Psychologiczne*, 4(2), 136–145.
- Ziółkowska, B. (2001). *Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099–1111. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00356-9
- Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H. C., Teufel, M., Schellberg, D., Giel, K. E., de Zwaan, M., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Löwe, B., Tagay, S., von Wietersheim, J., Zeeck, A., Schade-Brittinger, C., Schauenburg, H., Herzog, W., ANTOP study group (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *Lancet*, 383(9912), 127–137. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61746-8
- Żechowski, C. (2008a). Polska wersja Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania (EDI) – adaptacja i normalizacja. *Psychiatria Polska*, 42(2), 179–193.
- Żechowski, C. (2008b). Psychotyczny typ jądłowstrętu psychicznego. Anoreksja a schizofrenia. W: K. Walewska (red.), *Psychoanaliza współcześnie. Dziecko w terapii* (s. 118–124). Warszawa: MediPage.

SPIS TABEL

- Tabela 1. *Metody badania dysfunkcji w dokładności oszacowania rozmiarów poszczególnych części ciała i/lub rozmiarów całego ciała, czyli wizerunku ciała* 67
- Tabela 2. *Zestawienie wyjaśnień przyczyn emocjonalnej interferencji Stroopa* 200
- Tabela 3. *Terminy określające zadanie „dot-probe”* 202
- Tabela 4. *Rekomendacje badaczy dotyczące zoptymalizowania metodologii badania tendencji uwagi u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (włączając w to pacjentów z zaburzeniami odżywiania), ze szczególnym uwzględnieniem zadania „dot-probe”* 210
- Tabela 5. *Zestawienie oryginalnych badań tendencji uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania stosujących zadanie „dot-probe”* 226
- Tabela 6. *Zestawienie przeglądów i metaanaliz dotyczących tendencji uwagi u osób z zaburzeniami odżywiania* 238
- Tabela 7. *Zestaw prób prezentowanych w zmodyfikowanym zadaniu „dot-probe”* 263
- Tabela 8. *Dane socjodemograficzne i kliniczne. Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA/testu ANOVA rang Kruskala-Wallisa* 284
- Tabela 9. *Dane dotyczące miejsca zamieszkania – wyniki testu niezależności Chi-kwadrat* 285
- Tabela 10. *Dane dotyczące wykształcenia – wyniki testu niezależności Chi-kwadrat* 285
- Tabela 11. *Dane dotyczące przyjmowanych przez pacjentów leków psychotropowych – wyniki testu niezależności Chi-kwadrat* 286
- Tabela 12. *Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami dla bodźców związanych z jedzeniem w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłoczością psychiczną oraz kobiet zdrowych* 302
- Tabela 13. *Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami dla bodźców związanych z kształtem ciała w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłoczością psychiczną oraz kobiet zdrowych* 303

- Tabela 14. Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami dla bodźców związanych z wagą ciała w grupach: pacjentek z jądłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych **304**
- Tabela 15. Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami dla bodźców związanych z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami w grupach: pacjentek z jądłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych **305**
- Tabela 16. Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z jedzeniem w grupach: pacjentek z jądłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych **314**
- Tabela 17. Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z kształtem ciała w grupach: pacjentek z jądłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych **314**
- Tabela 18. Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z wagą ciała w grupach: pacjentek z jądłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych **315**
- Tabela 19. Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami w grupach: pacjentek z jądłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych **315**
- Tabela 20. Skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencyjności uwagi (M i SD) – dla czasu prezentacji bodźców 1250 ms dla grup: pacjentek z jądłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych **316**
- Tabela 21. Skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencyjności uwagi (M i SD) – dla czasu prezentacji bodźców 750 ms dla grup: pacjentek z jądłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych **316**
- Tabela 22. Skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencyjności uwagi (M i SD) – dla czasu prezentacji bodźców 150 ms dla grup: pacjentek z jądłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych **317**
- Tabela 23. Skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencyjności uwagi (M i SD) – dla czasu prezentacji bodźców 17 ms dla grup: pacjentek z jądłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych **318**
- Tabela 24. Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z jedzeniem w podgrupach kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania **324**
- Tabela 25. Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z kształtem ciała w podgrupach kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania **325**
- Tabela 26. Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z wagą ciała w podgrupach kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania **325**
- Tabela 27. Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym dla bodźców związanych z kompetencjami/samooceną/osiągnięciami w podgrupach kobiet zdrowych uzyskują-

*cych wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne
zaburzenia odżywiania 325*

Tabela 28. Skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencyjności uwagi (M i SD) – dla czasu prezentacji bodźców 1250 ms dla podgrup kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania 326

Tabela 29. Skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencyjności uwagi (M i SD) – dla czasu prezentacji bodźców 750 ms dla podgrup kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania 327

Tabela 30. Skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencyjności uwagi (M i SD) – dla czasu prezentacji bodźców 150 ms dla podgrup kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania 328

Tabela 31. Skorygowane (wynikające z modelu ANCOVA) wyniki dotyczące tendencyjności uwagi (M i SD) – dla czasu prezentacji bodźców 17 ms dla podgrup kobiet zdrowych uzyskujących wynik poniżej i powyżej mediany w zakresie zmiennej subkliniczne zaburzenia odżywiania 329

SPIS RYSUNKÓW

- Rysunek 1.* Schemat ilustrujący rozszerzoną teorię poznawczo-behawioralną żarłoczności psychicznej. 75
- Rysunek 2.* Schemat ilustrujący transdiagnostyczną teorię zaburzeń odżywiania. 77
- Rysunek 3.* Schemat ilustrujący zintegrowaną poznawczo-behawioralną teorię zaburzeń odżywiania. 95
- Rysunek 4.* Propozycja zastosowania nowatorskich interwencji w przypadku jadłowstrętu psychicznego o ciężkim i chronicznym przebiegu. 138
- Rysunek 5.* Propozycja zastosowania nowatorskich interwencji w przypadku żarłoczności psychicznej o ciężkim i chronicznym przebiegu. 139
- Rysunek 6.* Możliwa reprezentacja relacji między komponentami tendencyjności uwagi, mechanizmami pośredniczącymi i stadium przetwarzania informacji w kontekście tendencyjności uwagi dotyczącej zagrożenia wśród osób lękowych. 186
- Rysunek 7.* Wieloprocessowy model poznawczej podatności na lęk. 187
- Rysunek 8.* Główne złożenia teorii czujności-unikania, pokazujące następujące po sobie stadia czujności i unikania. 189
- Rysunek 9.* Prezentacja prób zadania „dot-probe” oraz prawdopodobnych mechanizmów czujności, trudności w odangażowaniu uwagi i unikania bodźców związanych z zagrożeniem. 207
- Rysunek 10.* Schemat pokazujący przykładowy przebieg badania, w którym zastosowano ABMT w celu redukcji podatności na stres. 217
- Rysunek 11.* Prezentacja stanowiska badawczego podczas wykonywania zadania „dot-probe”. 260
- Rysunek 12.* Przykład sekwencji w modyfikacji zadania „dot probe”. 264
- Rysunek 13.* Model badawczy zastosowany w planowaniu badań opisywanych w niniejszej pracy. 275

- Rysunek 14.* Wykres pokazujący efekt interakcji pozycji sondy i walencji dla bodźców związanych z kształtem ciała dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms w grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym. **306**
- Rysunek 15.* Wykres pokazujący efekt interakcji pozycji sondy i walencji dla bodźców związanych z wagą ciała dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms w grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym. **307**
- Rysunek 16.* Wykres pokazujący efekt interakcji pozycji sondy i walencji dla bodźców związanych z wagą ciała dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms w grupie pacjentek z żarłocznością psychiczną. **308**
- Rysunek 17.* Wykres pokazujący efekt interakcji pozycji sondy i walencji dla bodźców związanych z wagą ciała dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 750 ms w grupie pacjentek z żarłocznością psychiczną. **309**
- Rysunek 18.* Wykres pokazujący efekt interakcji grupy i walencji dla bodźców związanych z kształtem ciała dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 1250 ms w grupach: pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych. **319**
- Rysunek 19.* Wykres pokazujący efekt interakcji grupy i walencji dla bodźców związanych z kształtem ciała dla czasu prezentacji bodźców wynoszącego 150 ms w grupach pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, z żarłocznością psychiczną oraz kobiet zdrowych. **320**

Głównym tematem recenzowanej monografii jest zjawisko tendencyjności uwagi wobec specyficznych bodźców (związanych z jedzeniem, sylwetką i perfekcjonizmem) u osób cierpiących na zaburzenia jedzenia. Książka omawia stan wiedzy na ten temat, a także prezentuje własne badania empiryczne Autorki. W rzadko spotykany sposób praca łączy walory metodologiczne badań psychologii eksperymentalnej (przemyśłany i precyzyjny dobór materiału i procedury badawczej) z praktycznymi walorami badań klinicznych (podjęcie ważnych pytań badawczych, których rozstrzygnięcie może przynieść realną pomoc osobom cierpiącym na poważne zaburzenia psychiczne).

Prof. Marek Nieznański

Zarówno sam pomysł badań, jak i postawione hipotezy są bardzo interesujące. Twórcze przetworzenie i wykonanie metody „dot-probe”, opartej na komputerowym manipulowaniu prezentowanymi bodźcami i mierzeniu czasów ekspozycji i reakcji, stanowią niezmiernie ważne elementy tej metodologii. Szczególnie twórcze i innowacyjne jest włączenie nowej grupy bodźców (kompetencje, samoocena, osiągnięcia), poszerzającej psychologiczny obraz grup badanych. Istotna jest też próba wyłonienia podgrupy osób z subkliniczną postacią zaburzeń odżywiania. Stanowi to ważny problem z uwagi na przyszłe kierunki badań nad profilaktyką tych zaburzeń.

Prof. Maria Kobayashi

www.LiberiLibri.pl

ISBN 978-83-63487-37-9