

dr Małgorzata Starzomska-Romanowska

Autoreferat

Spis treści

1. Imię i nazwisko	4
2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej	4
3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych	4
4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 Ustawy	5
4.1. Omówienie głównego osiągnięcia naukowego	5
4.1.1. Tytuł osiągnięcia naukowego	5
4.1.2. Autor, tytuł, rok wydania, nazwa wydawnictwa, recenzenci wydawniczy	5
4.1.3. Omówienie celu naukowego ww. pracy i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania	5
4.1.3.1. Cel osiągnięcia naukowego	5
4.1.3.2. Teoretyczne podstawy hipotez	6
4.1.3.3. Metoda badań	8
4.1.3.3.1. Narzędzia badawcze	8
4.1.3.3.2. Osoby badane i przebieg badań	10
4.1.3.3.3. Wyniki badań w świetle postawionych hipotez	11
4.1.3.3.4. Podsumowanie i wnioski oraz implikacje praktyczne	17
4.1.3.3.5. Bibliografia	21
4.2. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo – badawczych (wybrane publikacje i główne nurty badawcze w nich ujęte)	24
4.2.1. Ujęcie poznawcze zaburzeń odżywiania	24
4.2.2. Psychoterapia osób z zaburzeniami odżywiania i pacjentów onkologicznych	27
4.2.3. Etyczne dylematy w leczeniu zaburzeń odżywiania	30
4.2.4. Kultura a zaburzenia odżywiania	32
4.2.5. Rodzinne uwarunkowania zaburzeń odżywiania	35
4.2.6. Egzystencjalne ujęcie zaburzeń odżywiania	36
4.2.7. Inne publikacje	38

5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej	38
6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę	39
6.1. Osiągnięcia dydaktyczne	39
6.2. Osiągnięcia organizacyjne	40
6.3. Osiągnięcia popularyzujące wiedzę	40
7. Oprócz kwestii wymienionych w pkt. 1-6, wnioskodawca może podać inne informacje, ważne z jego punktu widzenia, dotyczące jego kariery zawodowej	41

1. Imię i nazwisko.

Małgorzata Starzomska

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.

UZYSKANIE TYTUŁU MAGISTRA

Uniwersytet Warszawski, studia wyższe magisterskie na Wydziale Polonistyki w zakresie filologii polskiej ze specjalnością nauczycielską

Tytuł pracy: Twórczość literacka Leszka Kołakowskiego

Promotor: Prof. dr hab. Maria Janion

Data uzyskania stopnia: 21.12.1993

UZYSKANIE STOPNIA NAUKOWEGO DOKTORA NAUK HUMANISTYCZNYCH

Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii

Tytuł rozprawy doktorskiej: Zaburzenia poczucia tożsamości i doświadczenia skryptowe w anorexia nervosa i bulimia nervosa

Promotor: Prof. dr hab. Lidia Grzesiuk

Recenzenci: Prof. dr hab. Irena Namysłowska, Prof. dr hab. Marina Zalewska

Data uzyskania stopnia: 24.04.2001

3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych.

- 01.10.2001 – 30.09.2011 – Akademia Pedagogiki Specjalnej, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Ogólnej, stanowisko: adiunkt – pracownik naukowo-dydaktyczny;
- 01.10.2011 – do dnia dzisiejszego – Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Instytut Psychologii, Katedra Psychologii Rehabilitacji i Rewalidacji (do 30.09.2019), Zakład Wspomagania Rozwoju (od 01.10.2019), stanowisko: adiunkt – pracownik naukowo-dydaktyczny.

4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 Ustawy.

4.1. Omówienie głównego osiągnięcia naukowego

4.1.1. Tytuł osiągnięcia naukowego

Główne osiągnięcie naukowe stanowi monografia zatytułowana: „Tendencyjność uwagi u kobiet z zaburzeniami odżywiania”.

4.1.2. Autor, tytuł, rok wydania, nazwa wydawnictwa, recenzenci wydawniczy

Autor: Małgorzata Starzomska

Tytuł: Tendencyjność uwagi u kobiet z zaburzeniami odżywiania

Rok wydania: 2019

Wydawnictwo: Wydawnictwo Liberi Libri

ISBN: 978-83-63487-37-9

Recenzenci wydawniczy: Prof. dr hab. Maria Siwiak-Kobayashi, dr hab. Marek Nieznański, Prof. UKSW.

4.1.3. Omówienie celu naukowego ww. pracy i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

4.1.3.1. Cel osiągnięcia naukowego

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.

Celem badań omawianych w niniejszej pracy było zbadanie „jak myślą” osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania, a uściślając, jak funkcjonuje uwaga tych osób w zakresie pewnych tematów dotyczących jedzenia, ciała oraz kompetencji.

W szczególności celem 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, trudności w odangażowaniu uwagi od bodźców) dla bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania (fotografii dotyczących jedzenia, kształtu ciała, wagi ciała oraz

kompetencji/samooceny/osiągnięć¹) o różnej walencji w warunkach różnych czasów prezentacji tych bodźców (ang. Stimulus Onset Asynchrony, w skrócie 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. Konsekwencją przeprowadzonych badań była możliwość zastosowania uzyskanych wyników do konstrukcji opartego na komputerze treningu poznawczego przeznaczonego dla osób z zaburzeniami odżywiania, mającego na celu zmniejszenie tendencyjności uwagi dla bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania.

4.1.3.2 Teoretyczne podstawy hipotez

Badacze zaburzeń odżywiania w nurcie poznawczym są zgodni co do tego, że osoby z tymi zaburzeniami różnią się od innych jednostek pod względem przetwarzania informacji, a mianowicie selektywnie koncentrują swoją uwagę na bodźcach związanych z jedzeniem i ciałem. 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). Selekttywne przetwarzanie informacji przez osoby z zaburzeniami odżywiania znajduje swój wyraz między innymi w tendencyjności uwagi dla bodźców związanych z jedzeniem, kształtem i wagą ciała. Według badaczy z nurtu poznawczego 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 i Hollon, 1990; Lee i Shafran, 2004). Warto podkreślić, że schematy te opierają się w głównej mierze na postrzeganiu swojego ciała jako nie spełniającego wyśrubowanych standardów dotyczących niskiej wagi ciała i uzależnianiu dobrostanu i sukcesu od sprostania tym standardom (np. Williamson i in., 2002, s. 51). 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). Warto

¹ 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.

dodać, że prawdopodobnie 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, 2017), u podłoża których leżą analogiczne do tych charakteryzujących osoby chore schematy.

Niestety Mogg i in. (2001) podkreślają, że można mówić o niedoskonałym zapleczu teoretycznym dla badań tego typu. Choć zaproponowano zaawansowane modele poznawcze zaburzeń odżywiania (np. Fairburn i in., 2003; Vitousek i 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. Fairburn 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 i 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 i 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 odangażowaniem uwagi i unikanie uwagowe), co z kolei umożliwiło zbadanie, jak osoby z zaburzeniami odżywiania radzą sobie z dezadaptacyjnymi schematami związanymi z tymi zaburzeniami (poprzez poddanie się im, unikanie czy nadkompensację) (Young, 1999).

Reasumując, w omawianej pracy podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, jak oparte na schematach przetwarzanie związanych z jedzeniem, kształtem i wagą ciała informacji u osób z zaburzeniami odżywiania wpływa na występującą u nich tendencyjność uwagi w zakresie tych informacji. Przeprowadzone badania można uznać za nowatorskie, gdyż zastosowano w nich skonstruowane na potrzeby badania narzędzie - zmodyfikowane zadanie komputerowe „dot-probe”.

4.1.3.3 Metoda badań

4.1.3.3.1. Narzędzia badawcze

W pracy zastosowano następujące narzędzia badawcze:

-autorską wersję zadania komputerowego „dot-probe”,

Jest to zadanie badające tendencyjność uwagi, które umożliwia eksplorację jej trzech aspektów: czujności, unikania oraz trudności z odangażowaniem uwagi, a to umożliwia 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 rozpatrujących podział sposobów radzenia sobie ze schematami na: poddanie się schematowi, unikanie schematu i jego kompensację autorstwa Younga (1999).

W zadaniu tym 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.

Przed badaniem, uczestnicy proszeni byli o skupienie wzroku na punkcie fiksacji - czarnym numerze (od 1 – 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 (nie zawierających 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 8 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 8 par tworzyły bodźce o walencji negatywnej i 8 par - bodźce neutralne. Podobny układ zastosowano dla par fotografii, w których jeden z bodźców był związany z kształtem ciała, wagą oraz kompetencjami/samoocena/osiągnięciami. Ponadto w prezentację włączono 12 par fotografii kontrolnych (po 4 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).

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, a mianowicie 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, 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 jest 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.

Pod koniec wykonywania zadania wykonywano 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 każdej z tych prezentacji 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 świadomie zarejestrowane.

-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 oraz pięć następujących kwestionariuszy typu „papier-ołówek”: Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania (EDI), Skala Głodu, Inwentarz Depresji (BDI-II), Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) oraz Kwestionariusz Aprobata Społecznej (KAS).

4.1.3.3.2. 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 w DSM-IV-TR (2000) lub w DSM-V (2013). Pacjentki rekrutowano w oddziałach psychiatrycznych w kilku dużych miastach w Polsce. Ponadto badania kobiet z zaburzeniami odżywiania przeprowadzono wśród pacjentek jednego z prywatnych ośrodków leczenia zaburzeń odżywiania należącego do Fundacji „Drzewo życia” w Malawie pod Rzeszowem oraz wśród pacjentek ośrodków leczenia ambulatoryjnego mieszkających w kilku miastach w Polsce.

Grupę kontrolną tworzyły dopasowane wiekiem do kobiet z zaburzeniami odżywiania zdrowe kobiety – studentki polskich uczelni.

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). Wszyscy badani wyrazili pisemną zgodę na udział w nich. Badania były przeprowadzone w latach 2014-2016.

Każdorazowo badanie przeprowadzono 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 następnej kolejności osoby badane proszono o wypełnienie metryczki, zawierającej pytania dotyczące danych socjodemograficznych (wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania), rozpoznania (jedynie w przypadku kobiet z zaburzeniami odżywiania), wzrostu, wagi, czasu trwania choroby oraz przyjmowanych leków oraz pięciu kwestionariuszy typu „papier-ołówek”: Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania (EDI), Skali Głodu, Inwentarza Depresji (BDI-II), Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) oraz Kwestionariusza Aprobata Społecznej (KAS).

Badanie trwało około 1-1,5 godziny.

4.1.3.3.3. Wyniki badań w świetle postawionych hipotez

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, oczekiwano, że 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.

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 żarłoczością psychiczną. Chociaż na tym etapie analiz nie dokonywano rozróżnienia 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 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 żarłoczością 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 trafną 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”.

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.

Według hipotezy drugiej oczekiwano, że 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).

Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym (ang. 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 i 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 tendencyjności uwagi przejawiały badane, częściowo potwierdziły postawioną hipotezę.

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). Należy także zwrócić uwagę, że ciekawym odkryciem był 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 i Hollon, 1990; Williamson i in., 2004), według których dezadaptacyjne schematy poznawcze związane z jedzeniem i ciałem cechujące osoby z tymi zaburzeniami zniekształcają przetwarzanie informacji u tych osób w ten 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 grupie 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, ich unikanie i kompensację), a mianowicie 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.

Także dużym zaskoczeniem okazały się wyniki wskazujące na brak różnic międzygrupowych dla pozytywnych i negatywnych bodźców związanych z wagą ciała i dla bodźców związanych z kompetencjami/samoocena/osiągnięciami.

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, a Vitousek i Hollon (1990) wręcz uważają, że schematy te stanowią „poznawczą »istotę« tych zaburzeń” (s. 191) i że to one odpowiadają za charakteryzujące je psychopatologię.

Pewnym zaskoczeniem były również wyniki pokazujące tendencyjność uwagi dla neutralnych bodźców związanych z kształtem ciała, 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).

Warto także podkreślić, że można również poszukiwać przyczyny zaskakujących wyników w różnicy między sposobem badania, mającego na celu 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 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 i 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 i 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).

Według hipotezy trzeciej oczekiwano, że 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).

Wyniki serii analiz kowariancji w modelu mieszanym (ang. 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 i 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 tendencyjności uwagi przejawiały badane, niestety nie potwierdziły postawionej hipotezy.

Należy zadać pytanie, dlaczego wykonane analizy nie potwierdziły postawionej hipotezy.

Po pierwsze, być może zadanie „dot-probe” było mało wrażliwe na identyfikację tendencyjności 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 troskowania o jedzenie i ciało była zbyt mała, aby mogła wpłynąć znacząco na wykonanie wspomnianego zadania.

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).

Uzyskane wyniki pokazują, że generalnie to tendencyjność uwagi dla pozytywnych bodźców związanych z zaburzeniami odżywiania wiąże się z psychopatologią tych zaburzeń. Ten wniosek pozostaje w zgodzie z wynikami 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. Warto jednak dodać, że 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.

4.1.3.3.4. Podsumowanie i wnioski oraz implikacje praktyczne

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 i 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 i 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.

Autorka niniejszych badań postanowiła 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/samoocena/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) „cały proces odchudzania (...) dąży w kierunku »odcieleśnienia«, aby dojść do wewnętrznej istoty - tak naprawdę to nieskończony proces dochodzenia do prawdziwego ja” (Wojciechowska, 2000, s. 93 - 94).

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 przecież u podłoża choroby, którą cenią, gdyż jest ona nierozdzielnie związana ich tożsamością, czyli można ją określić jako egosyntoniczną (np. Tan i in., 2003). 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 otworzenia 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 i 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 i 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 zmienią obecne u osób z zaburzeniami odżywiania, utrzymujące je, chronicznie dostępne „ukierunkowania Ja” (Strauman i in., 1991, s. 954).

4.1.3.3.5. Bibliografia

- 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: VIZJA PRESS & IT.
- 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.
- 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.
- 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., 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.
- 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). New York: Alan R. Liss.
- 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). New York: Guilford.
- 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.
- Johansson, L. (2006). *The role of cognitive processes in eating pathology*. Uppsala Acta Universitatis Upsaliensis.
- 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.
- Lemma-Wright, A. (1994). *Starving to live. The paradox of anorexia nervosa*. London: Central Book Publishing.
- Levens, M. (1995). *Eating disorders and magical control of the body. Treatment through art therapy*. London: Routledge.
- 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.
- 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.
- 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.

- Schmukle, S. C. (2005). Unreliability of the dot probe task. *European Journal of Personality, 19*(7), 595-605. DOI: <https://doi.org/10.1002/per.554>.
- Shafran, R., Lee, M., Cooper, Z., Palmer, R. L., Fairburn, C. G. (2007a). Attentional bias in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 40*(4), 369-380. DOI: 10.1002/eat.20375.
- Starzomska, M. (2017b). Applications of the dot probe task in attentional bias research in eating disorders: A review. *Psicológica, 38*(2), 283-346.
- 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.
- 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., 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.
- Tan, J., Hope, T., Steward, A. (2003). 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.
- 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). New York: The Guilford Press.
- Vitousek, K., 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.
- Wells, A., Matthews G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.

- 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.
- 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). NY: 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.
- 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.
- Young, J. A. (1999). *Cognitive therapy for personality disorder: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications: New York.

4.2. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo – badawczych (wybrane publikacje i główne nurty badawcze w nich ujęte)

4.2.1. Ujęcie poznawcze zaburzeń odżywiania

Publikacje dotyczące tego tematu należy traktować jako wprowadzenie do tematyki, przedstawionej w książce, stanowiącej główne osiągnięcie badawcze. Zawierają one omówienie różnych aspektów tendencyjności uwagi. Publikacje poświęcone tej tematyce to:

- 1) Starzomska, M., Brytek-Matera, A. (2012). Myśli, które tuczą. Fuzja „myśl-kształt” w zaburzeniach jedzenia. *Studia Psychologica*, 15(2), 5-21. ISSN: 1642-2473. Liczba punktów MNiSW (2011-2012) – 4.
- 2) Starzomska, M. (2014). What about “hungry attention”? Spatial and temporal characteristics of attentional bias in eating disorders. W: C. Gramaglia, P. Zeppego (red.), *New developments in anorexia nervosa research* (s. 127-140).

- Hauppauge, New York: New Developments in Anorexia Nervosa Research. ISBN: 978-1-63117-551-0. Liczba punktów MNiSW (2014) – 5.
- 3) Starzomska, M. (2014). Rethinking Schema-driven processing in eating disorders: Is it possible to overcome controversies? W: C. Gramaglia, P. Zeppegno (red.), *New developments in anorexia nervosa research* (s. 189-196). Hauppauge, New York: New Developments in Anorexia Nervosa Research. ISBN: 978-1-63117-551-0. Liczba punktów MNiSW (2014) – 5.
 - 4) Starzomska, M. (2017). Applications of the dot probe task in attentional bias research in eating disorders: A review. *Psicologica*, 38(2), 283-346. ISSN: 1576-8597. Liczba punktów MNiSW (2017) - 15, IF 0.556.
 - 5) Starzomska, M. (2017). 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). New York: Nova Science Publishers, Inc. ISBN: 978-1-53610-765-4. Liczba punktów MNiSW (2017) – 5.

Tekst numer 4 poświęcony został dokładnemu opisowi zadania „dot-probe” (w tym historii, przebiegowi, wersjom, modyfikacjom) oraz przeglądowi wyników badań stosujących zadanie „dot-probe” w grupach klinicznych osób z zaburzeniami odżywiania i w grupach subklinicznych. Artykuł numer 2 poświęcony został zaletom zadania „dot-probe”, a zwłaszcza rozróżnianiu komponentów tendencyjności uwagi – czujności, trudności z odangażowaniem uwagi i unikania. Te zalety są widoczne zwłaszcza podczas porównania tego zadania z innymi zadaniami badającymi tę zmienną, np. z zadaniem Stroopa czy paradygmatem uwagi przestrzennej Posnera. Tekst numer 5 pokazuje, jak obliczać tendencyjność uwagi na podstawie wyników uzyskanych podczas wykonywania zadania „dot-probe”. To bardzo istotny problem, gdyż ostatnio coraz częściej kwestionuje się dotychczasową metodę tego liczenia polegającą na odejmowaniu czasów reakcji w próbach kongruentnych (gdy sonda zastępuje bodziec znaczący) od czasów reakcji w próbach niekongruentnych (gdy sonda zastępuje bodziec neutralny). Badacze podkreślają, że uzyskany wynik nie pozwala na rozróżnienie czujności i trudności z odangażowaniem uwagi: 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. Koster i in. (2004) zaproponowali modyfikację tego zadania, mającą umożliwić rozróżnienie między tymi komponentami uwagi, polegającą na wprowadzeniu obok prób kongruentnych i niekongruentnych, prób neutralnych (w którym ukazywały się dwa bodźce neutralne). 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 do przesunięcia uwagi z zagrażającej do neutralnej lokalizacji. Wyniki badań, stosujących tak zmodyfikowane zadanie ujawniły, że czasy reakcji w próbach z dwoma neutralnymi bodźcami, nie różnią się od czasów reakcji w próbach kongruentnych, co świadczy o braku 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 i in., 2004). Inną metodę obliczania tendencyjności uwagi zaproponowali Cardi, Di Matteo, Corfield i Treasure (2013), a mianowicie czasy reakcji dla prób niekongruentnych są odejmowane od czasów reakcji dla prób kongruentnych. Czasy reakcji są obliczane dla czasów prezentacji wynoszących 500 i 1250 ms, przy czym wynik tendencyjności uwagi dla pierwszego czasu prezentacji

odzwierciedla czujność uwagi (tak zwany natychmiastowy błąd uwagi), a wynik tendencyjności uwagi dla drugiego czasu prezentacji odzwierciedla opóźnione odwracanie uwagi (tak zwany opóźniony błąd uwagi). Zatem typ błędu uwagi nie jest zdeterminowany przez znak (ujemny lub dodatni), ale przez czas prezentacji bodźców. Tekst numer 3 poświęcony został opartemu na schematach podejściu do przetwarzania informacji przez osoby z zaburzeniami odżywiania, które zostało zastosowane przez autorkę podczas badań opisanych w książce stanowiącej główne osiągnięcie naukowe. Między innymi koncentruje się on na kwestii opartej na tym podejściu terapii zaburzeń odżywiania, a mianowicie należy zapytać, czy skoro nie wiemy dokładnie, jakie mechanizmy leżą za przetwarzaniem informacji opartym na schematach, to czy można konstruować terapię opartą na tym podejściu? W artykule zaproponowano połączenie dwóch podejść do przetwarzania informacji przez osoby z zaburzeniami odżywiania, a mianowicie: podejścia autorstwa Kostera i współpracowników (2004) wyróżniającego trzy błędy uwagi: czujność, trudność z odangażowaniem uwagi i unikanie oraz podejścia autorstwa Lucka i współpracowników (2005) wyróżniającego trzy metody radzenia sobie ze schematami poznawczymi: poddanie się schematowi, unikanie schematu i nadkompensację. Wreszcie artykuł numer 1 dotyczy specyficznego zniekształcenia poznawczego występującego u osób z zaburzeniami odżywiania, nazwanego „fuzja myśl-kształt”, polegającego na przekonaniu, że już samo pojawienie się myśli o jedzeniu „zakazanego” (czyli wysokokalorycznego) pokarmu zwiększa prawdopodobieństwo przyrostu masy ciała. Nie można wykluczyć, że TSF może stanowić bezpośredni przejaw zasadniczej psychopatologii zaburzeń odżywiania, polegającej na przecenianiu znaczenia jedzenia, kształtu i masy ciała oraz kontroli nad nimi. A artykule omówiono historię powstania tego terminu oraz wyniki badań nad tego typu zniekształceniem, a także kwestię jego leczenia.

4.2.2. Psychoterapia osób z zaburzeniami odżywiania i pacjentów onkologicznych

Publikacje dotyczące tego tematu poświęcone zostały różnym typom psychoterapii i wsparcia psychologicznego stosowanych w leczeniu osób z zaburzeniami odżywiania. Publikacje poświęcone tej tematyce to:

- 1) Starzomska, M. (1998). Psychoanalityczna terapia rodzinna bulimii oparta na teorii relacji z obiektem. *Psychoterapia*, 3(106), 39-45. ISSN: 0239-4170 (brak ujednoliconego wykazu MNiI).

- 2) Starzomska, M. (2000). Zastosowanie antykodu „anorexia nervosa jako wróg” w terapii STEP. *Psychoterapia*, 4(115), 63-66. ISSN: 0239-4170. Liczba punktów MNiI (2000) – 1.
- 3) Starzomska, M. (2001). Wybrane aspekty psychicznego funkcjonowania i psychoterapii pacjentów onkologicznych. *Psychoterapia*, 1(116), 53-64. ISSN: 0239-4170. Liczba punktów MNiI (2001) – 1.
- 4) Starzomska, M. (2002). Wykorzystanie komputerów multimedialnych w treningu kompetencji rodzicielskich. *Psychoterapia*, 3(122), 95-103. ISSN: 0239-4170. Liczba punktów MNiI (1999-2003) – 1.
- 5) Starzomska, M. (2006). Psychoterapia osób z zaburzeniami odżywiania się. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Podręcznik akademicki* (s. 381-452). Warszawa: Eneteia. ISBN: 83-85713-62-X. Liczba punktów MNiI (2005-2006) – 6.
- 6) Starzomska, M. (2006). Psychoterapia osób chorych na nowotwór. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Podręcznik akademicki* (s. 519-544). Warszawa: Eneteia. ISBN: 83-85713-62-X. Liczba punktów MNiI (2005-2006) – 6.
- 7) Starzomska, M. (2006). Religijność i anoreksja - rola poradnictwa. W: S. Głaz (red.), *Podstawowe zagadnienia psychologii religii* (s. 545-561). Kraków: WAM. ISBN: 83-7318-751-0. Liczba punktów MNiI (2005-2006) – 6.
- 8) Starzomska, M. (2007). Oswajanie lęku: Praca ze światem wewnętrznym osoby z anoreksją. W: M. Libiszowska-Żółtkowska (red.), *Czego obawiają się ludzie? Współczesne zagrożenia społeczne - diagnoza i przeciwdziałanie* (s. 195-206). Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego. ISBN: 978-83-235-0330-9. Liczba punktów MNiSW (2007) – 3.
- 9) Starzomska, M. (2008). Perspective of the use of electronic communication in the psychotherapy of eating disorders. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 10(1), 55-65. ISSN: 1509-2046. Liczba punktów MNiSW (2008) – 4.
- 10) 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). New York: Springer. ISBN: 978-0-387-92271-3. Liczba punktów MNiSW (2011-2012) – 5.
Mój wkład polegał na przygotowaniu pierwszej wersji tekstu, która została poddana korekcie merytorycznej i językowej przez drugiego autora.
- 11) Starzomska, M., Wilkos, E., Kucharska, K. (2018). Współczesne oddziaływania psychoterapeutyczne wobec pacjentów z jadłowstrętem psychicznym - przegląd

- badań. *Psychiatria Polska*, 52(4), 663-672. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/73733. ISSN: 2391-5854. Liczba punktów MNiSW (2018) - 15, IF 1.311.
- Mój wkład polegał na przygotowaniu pierwszej wersji części artykułu, a w szczególności przeglądu współczesnych oddziaływań psychoterapeutycznych w przypadku chorych z jadłowstrętem psychicznym.
- 12) Starzomska, M., Wilkos, E., Kucharska, K. (2018). Współczesne kierunki w leczeniu osób chorujących na jadłowstręt psychiczny. „Trzecia fala” terapii poznawczo-behawioralnej. *Psychiatria Polska*, 52(4), 651-662. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/75338. ISSN: 2391-5854. Liczba punktów MNiSW (2018) - 15, IF 1.311.
- Mój wkład polegał na przygotowaniu pierwszej wersji części artykułu, a mianowicie przeglądu typów kierunków w leczeniu osób z jadłowstrętem psychicznym.
- 13) Kucharska, K., Kułakowska, D., Starzomska, M., Rybakowski, F., Biernacka, K. (2019). The improvement in neurocognitive functioning in anorexia nervosa adolescents throughout the integrative model of psychotherapy including cognitive remediation therapy. *BMC Psychiatry*, 19(15). DOI: 10.1186/s12888-018-1984-4. ISSN: 2391-5854. Liczba punktów MNiSW (2019) - 100, IF 2.666.
- 14) Starzomska, M. (2020). Trening modyfikacji uwagi jako nowatorska metoda leczenia zaburzeń jedzenia. W: W. Woźniak (red.). *Wokół higieny psychicznej i zdrowia psychicznego* (s. 67-88). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej. ISBN: 978-83-64157-67-7. Liczba punktów MNiSW (2020) – 5.

Artykuł numer 1 poświęcony został psychoanalitycznej terapii żarłoczności psychicznej, zaś artykuł 2 został poświęcony wykorzystaniu podczas terapii osób z jadłowstrętem psychicznym rozumienia choroby jako wroga. Artykuł numer 5 poświęcony został przeglądowi metod psychoterapii stosowanych u osób z zaburzeniami odżywiania takich, jak: terapia psychoanalityczna, terapia feministyczno-psychodynamiczna, terapia rodzin, terapia poznawczo-behawioralna, terapia przez sztukę, terapia grupowa, a ponadto omówiona została: samopomoc i psychoedukacja w przypadku tych zaburzeń. Podobnie teksty: 11 i 12 poświęcone zostały temu tematowi, a mianowicie artykuł 11 charakteryzuje: terapię poznawczo-behawioralną, terapię interpersonalną, terapię rodzinną, terapię psychodynamiczną oraz terapię poznawczo-analityczną, zaś artykuł 12 - teorię akceptacji i zaangażowania, terapię dialektyczno-behawioralną, trening usprawniania poznawczego i społecznego poznania, terapię obrazu ciała oraz terapię opartą na

modelu Maudsley. Artykuł numer 8 poświęcony został egzystencjalnemu ujęciu zaburzeń odżywiania, a mianowicie omówieniu, co czują osoby chore oraz jak powinien postępować terapeuta w kontakcie z nimi (np. kiedy terapeuta może interpretować słowa pacjenta). Z kolei artykuł numer 10 dotyczy podejścia do leczenia zaburzeń odżywiania z perspektywy teorii konstruktów osobistych autorstwa Kelly'ego (1992), szczególnie istotne jest tutaj podjęcie tematu odczuwania przez osoby z jadłowstrętem psychicznym „ja szczupłego”. Artykuł o numerze 9 dotyczy psychologicznego wsparcia osób z zaburzeniami odżywiania za pośrednictwem e-maili. Artykuł numer 13 omawia wyniki badań dotyczące zmiany pod względem funkcjonowania neuropsychologicznego wśród adolescentów po przeprowadzeniu zintegrowanej terapii włączającej terapię usprawniania poznawczego. Okazuje się, że psychoterapia tego typu spowodowała szereg pozytywnych zmian w tym obszarze. Tekst 14 poświęcony został treningowi modyfikacji uwagi stosowanemu w leczeniu zaburzeń odżywiania. Teksty należące do tej grupy nie tylko prezentują metody leczenia osób z zaburzeniami odżywiania, ale także mogą pomóc w doborze odpowiedniej psychoterapii w konkretnych przypadkach. Artykuł numer 7 koncentruje się na znaczeniu religijności u osób z jadłowstrętem psychicznym w podejściu do tego zaburzenia i jego leczeniu. Trzy artykuły (numer 3, numer 4 i numer 6) zostały poświęcone pomocy psychologicznej w przypadkach innych niż zaburzenia odżywiania. Artykuł numer 4 omawia oparty na komputerze trening umiejętności bycia rodzicem, w szczególności poszczególne interwencje stosowane w jego ramach, zaś artykuły: numer 3 i numer 6 zostały poświęcone psychoterapii osób chorych na nowotwór, omawiają one m. in.: terapię przez sztukę, terapię opartą na podejściu Junga, terapię poznawczo-behawioralną, terapię humanistyczno-egzystencjalną, wizualizację, terapię rodzinną, terapię grupową oraz inne formy pomocy psychologicznej.

4.2.3. Etyczne dylematy w leczeniu zaburzeń odżywiania

Publikacje dotyczące tego tematu poświęcone są przede wszystkim przymusowemu karmieniu osób z zaburzeniami odżywiania, oszacowaniu zdolności pacjentów z zaburzeniami odżywiania do podejmowania racjonalnych decyzji oraz opiece paliatywnej nad pacjentami z jadłowstrętem psychicznym. Publikacje poświęcone tej tematyce to:

- 1) Starzomska, M. (2006). Ethical challenges in forcible feeding among patients with anorexia nervosa and prisoners. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 8(3), 85-96. 5. ISSN: 1509-2046. Liczba punktów MNiI (2005-2006) – 5.

- 2) Starzomska, M. (2006). The role of broad and narrow definitions of capacity in treating anorexic patients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 8(2), 25-40. ISSN: 1509-2046. Liczba punktów MNIi (2005-2006) – 5.
- 3) Starzomska, M. (2009). Postulat opieki paliatywnej nad osobami z anoreksją a ich jakość życia. W: K. Janowski, A. Cudo (red.), *Człowiek chory. Aspekty biopsychospołeczne*, tom II (s. 161-174). Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski, CPPP. ISBN: 978-83-60702-69-7. Liczba punktów MNIiSW (2009-2010) – 3.
- 4) Starzomska, M. (2010). Controversial issues concerning the concept of palliative care of anorexic patients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 12(4), 49-59. ISSN: 1509-2046. Liczba punktów MNIiSW (2009-2010) – 6.
- 5) Starzomska, M., Smulczyk, M. (2011). Behavioral consequences of force-feeding. W: V. R. Preedy, R. R. Watson, C. R. Martin (red.), *Handbook of behavior, food and nutrition* (s. 1603-1618). New York: Springer. ISBN: 978-0-387-92271-3. Liczba punktów MNIiSW (2011-2012) – 5.
Mój wkład polegał na przygotowaniu pierwszej wersji tekstu, która została poddana korekcie merytorycznej i językowej przez drugiego autora.
- 6) Starzomska, M. (2017). Więzienie w więzieniu – Próba charakterystyki kryzysu egzystencjalnego pacjentów hospitalizowanych z powodu jadłowstrętu psychicznego. W: M. Kuskowski, K. Bocheńska-Włostowska (red.), *Zraniony duch i zagrożone ciało* (s. 171-178). Kraków: Impuls. ISBN: 978-83-8095-061-0. Liczba punktów MNIiSW (2017) – 5.
- 7) Starzomska, M., Rosińska, P., Bielecki, J. (2020). Chronicznie chory pacjent z jadłowstrętem psychicznym jego leczenie. *Psychiatria Polska*, 171, 1-13. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/118601>. ISSN: 2391-5854. Liczba punktów MNIiSW (2019) - 40, IF 1.311.

Niniejsze teksty poświęcone zostały etycznym dylematom leczenia osób z jadłowstrętem psychicznym, ze szczególnym uwzględnieniem przymusowego karmienia i opieki paliatywnej. Artykuł numer 1 omawia etyczne wyzwania w przypadku realimentacji takich osób, zaś artykuły: numer 5 i numer 6 pokazują dramat pacjentów z jadłowstrętem psychicznym hospitalizowanych i nierzadko przymusowo dokarmianych, a przez to odczuwających ograniczenie własnej wolności i ingerencję w ich tożsamość. Teksty te omawiają także konsekwencje przymusowej realimentacji, wśród których należy wymienić między innymi obniżenie nastroju i samooceny. Autorka, podkreślając metaforyczny

charakter słowa „więzienie” w przypadku przymusowego karmienia osób z jadłowstrętem psychicznym, omawia ten problem w kontekście przypadków: jadłowstrętu psychicznego i strajków głodowych wśród więźniów. Zwraca także uwagę, że ten typ interwencji należy stosować z wielką ostrożnością. Ponadto autorka wymienia najistotniejsze etyczne dylematy związane z przymusowym karmieniem, a mianowicie po pierwsze należy pamiętać, że w więzieniach nierzadko stosowano je jako jedną z metod tortur, po drugie, nadal nie istnieją przejrzyste regulacje dotyczące przymusowego karmienia osób z jadłowstrętem psychicznym, po trzecie, odmowa jedzenia rzadko oznacza pragnienie śmierci, częściej zaś – poszukiwanie pomocy. Tekst numer 2 omawiając dylematy związane z przymusowym leczeniem osób z jadłowstrętem psychicznym, rozróżnia pojęcia „oporu wobec leczenia” i „odmowy leczenia” oraz charakteryzuje kryteria szerokiego i wąskiego definiowania świadomości co do podejmowanych decyzji w kontekście zaburzeń odżywiania. Artykuły: 3 i 4 omawiają etycznie kontrowersyjną propozycję opieki paliatywnej nad osobami z jadłowstrętem psychicznym. Z jednej strony uważa się ją za zbyt odważną, z drugiej zaś strony wielu chorych zgłasza potrzebę propozycji takiego leczenia, zwłaszcza, gdy choroba staje się chroniczna. Należy pamiętać, że zawsze istnieje spora liczba pacjentów, którzy są głęboko wdzięczni lekarzom i psychologom za ocalenie ich życia. Ten temat podejmuje również artykuł numer 7, który poświęcony jest leczeniu pacjentów cierpiących na chroniczny jadłowstręt psychiczny.

4.2.4. Kultura a zaburzenia odżywiania

Publikacje dotyczące tego tematu poświęcone są przede wszystkim wpływowi mediów oraz lipofobicznej kultury na rozwinięcie przez kobiety zaburzeń odżywiania oraz przyczynom zaburzeń obrazu ciała u mężczyzn. Publikacje poświęcone tej tematyce to:

- 1) Starzomska, M. (2001). Z historii psychiatrii: Anorexia nervosa jako optymalne zachowanie w społeczno-kulturowym kontekście. *Psychiatria Polska*, 35(4), 669-679. ISSN: 0033-2674. Liczba punktów MNiI (1999-2003) – 4.
- 2) Starzomska, M. (2006). Anorektyczna realizacja archetypów negatywnej kobiecości. *Kultura i Społeczeństwo*, 50(4), 107-128. ISSN: 0023-5172. Liczba punktów MNiI (2005-2006) – 6.

- 3) Starzomska, M. (2008). W niewoli ciała: Anoreksja jako rezultat autodestrukcyjnego autorytetu mediów. W: M. Jankowska, M. Ryś (red.), *W trosce o wolność wewnętrzną osoby* (s. 175-190). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego. ISBN: 978-83-7072-471-9. Liczba punktów MNiSW (2008) – 3.
- 4) Starzomska, M., Ciotucha, E. (2010). Czy płeć jest „kartą przebijającą” orientację seksualną? Wizerunek ciała u kobiet i mężczyzn hetero- i homo-seksualnych. W: A. Brytek-Matera (red.), *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia w problematyki własnego ciała* (s. 87-107). Warszawa: Difin. ISBN: 978-83-7641-320-4. Liczba punktów MNiSW (2009-2010) – 3.
Mój wkład polegał na przygotowaniu części tekstu, w tym: podstaw teoretycznych badań, omówienia i interpretacji wyników badań.
- 5) Starzomska, M., Buławska, Z. (2010). Wpływ prezentacji kostiumów plażowych i bielizny na obraz siebie u kobiet i mężczyzn. W: A. Brytek-Matera (red.), *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia w problematyki własnego ciała* (s. 195-225). Warszawa: Difin. ISBN: 978-837-641-320-4. Liczba punktów MNiSW (2009-2010) – 3.
Mój wkład polegał na przygotowaniu części tekstu, w tym: wprowadzenia teoretycznego, omówienia oraz interpretacji uzyskanych wyników badań.
- 6) Starzomska, M. (2011). Danse macabre: O socjokulturowej fascynacji anoreksją. W: M. Jankowska, M. Starzomska (red.), *Kryzys: Pułapka czy szansa?* (s. 155-170). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akapit. ISBN: 978-83-60958-85-8. Liczba punktów MNiSW (2011-2012) – 4.
- 7) Starzomska, M. (2013). Piętno odcisnięte na ciele: Otyłość i defekty urody w kulturze „instant”. *Journal of Modern Science*, 2(17), 107-122. ISSN: 1734-2031. Liczba punktów MNiSW (2013) – 8.
- 8) Starzomska, M. (2013). O anoreksji konstruktywnie: Anoreksja jako odpowiedź kobiet na nasilające się deprecjonowanie ich ciała we współczesnej kulturze. W: E. Zasepa (red.), *Doświadczenie choroby i niepełnosprawności* (s. 59-70). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej. ISBN: 978-83-62828-78-4. Liczba punktów MNiSW (2013) – 5.
- 9) 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. ISSN: 2082-7067. Liczba punktów MNiSW (2013) – 6.

Mój wkład polegał na przygotowaniu części tekstu, w tym: wprowadzenia teoretycznego, omówienia oraz interpretacji uzyskanych wyników badań.

Artykuł numer 1 omawia historyczne korzenie terminu „anorexia nervosa”, ze szczególnym uwzględnieniem kulturowego podejścia do odmowy jedzenia na przestrzeni dziejów, tekst ten omawia także takie choroby (które już dzisiaj nie są diagnozowane), jak: sitomania, sitofobia czy zielona choroba. Artykuły: 3 i 6 poświęcone zostały socjokulturowym uwarunkowaniom jadłowstrętu psychicznego, wśród których należy zaakcentować destrukcyjny wpływ mediów, przejawiający się w dwuznaczności podejścia do szczupłości. Z jednej strony przestrzegają one przed wychudzeniem, z drugiej zaś strony wydają się być zafascynowane nim, czasami można zauważyć wręcz niezdrowe zaciekawienie „dziwacznością” jadłowstrętu psychicznego. Niestety, nierzadko mediów popularnych nie interesuje psychologiczna prawda o tej chorobie, a jedynie przyciągnięcie uwagi potencjalnego czytelnika. Artykuły: 2, 7 i 8 poświęcone zostały socjokulturowym przyczynom jadłowstrętu psychicznego, a mianowicie: piętnowaniu otyłości (artykuł 7) oraz uprzedmiotowieniu i autouprzedmiotowieniu ciała kobiety we współczesnej kulturze (artykuły: 2 i 8). Empiryczne teksty: 4, 5 i 9 poświęcone zostały wynikom badań na temat uwarunkowań zaburzeń obrazu ciała. Artykuł 4 dotyczy związku między orientacją seksualną a jadłowstrętem psychicznym. Wyniki badań pokazują większe znaczenie płci w determinowaniu wizerunku ciała w porównaniu z orientacją seksualną. Jednym z najbardziej zaskakujących wyników był bardzo negatywny poznawczo-emocjonalny wizerunek ciała u kobiet homoseksualnych. Artykuł 5 dotyczy wpływu, jaki prezentacja strojów plażowych wywiera na obraz ciała u badanych kobiet, a mianowicie wyniki eksperymentu potwierdziły doniesienia naukowców, że media mogą stanowić czynnik uruchamiający i utrwalający zaburzenia obrazu ciała, zwłaszcza w przypadku kobiet. Artykuł 9 poświęcony został specyficznemu zaburzeniu obrazu ciała u mężczyzn, jakim jest bigoreksja (pragnienie przyrostu masy mięśniowej), nazywana także odwróconym jadłowstrętem psychicznym.

4.2.5. Rodzinne uwarunkowania zaburzeń odżywiania

Publikacje dotyczące tego tematu poświęcone są przede wszystkim środowisku rodzinnemu, w którym wychowały się/wychowują się osoby z zaburzeniami odżywiania i wpływowi tegoż środowiska na rozwinięcie objawów tych zaburzeń, zwłaszcza u młodych kobiet. Publikacje poświęcone tej tematyce to:

- 1) Starzomska, M. (2000). Monitorowanie okołoporodowych komplikacji u matek z anorexia nervosa. Implikacje w zakresie prewencji. *Psychoterapia*, 4(115), 67-71. ISSN: 0239-4170. Liczba punktów MNI (2000) – 1.
- 2) Starzomska, M. (2010). Rodziny osób z anoreksją. W: E. Rydz, D. Musiał (red.), *Z zagadnień psychologii rozwoju człowieka*, tom III. *Prace Wydziału Nauk Społecznych 143* (s. 199-220). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL. ISBN: 978-83-7306-491-1. Liczba punktów MNiSW (2009-2010) – 3.
- 3) Starzomska, M. (2011). Nieprzystosowanie społeczne jednostki czy rodziny? - Dyskusja nad przyczynami zaburzeń jedzenia w świetle wyników badań własnych. W: S. Ćmiel (red.), *Nieprzystosowanie społeczne dzieci i młodzieży. Teoria i praktyka* (s. 167-191). Józefów: Wydawnictwo WSGE. ISBN: 978-83-62753-11-6. Liczba punktów MNiSW (2011-2012) – 4.
- 4) Starzomska, M. (2015). „Spróbuj tylko nas zawieść...” – Środowisko rodzinne osób z jądłowstrętem psychicznym i z narcystycznym zaburzeniem osobowości, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 21(1), 231-242. ISSN: 2082-7067. Liczba punktów MNiSW (2015) – 8.
- 5) Starzomska, M. (2016). Psychologiczna charakterystyka matek z zaburzeniami odżywiania. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 25(1), 299-319. ISSN: 2082-7067. Liczba punktów MNiSW (2016) – 8.

Na podstawie niniejszych publikacji można stworzyć portret rodziny, w której pojawia się zaburzenie odżywiania. To zaburzenie można traktować zarówno jako przyczynę, jak i jako konsekwencję określonego funkcjonowania systemu rodzinnego, w zależności od tego, czy przyjmujemy podejście klasyczne Minuchina, Rosman i Bakera (1978), czy nowe podejście, zastosowane po raz pierwszy w latach 80-tych w the Maudsley Hospital. Niemniej jednak, niezależnie od podejścia, poświęcone rodzinom osób z zaburzeniami odżywiania informacje są bardzo przydatne w planowaniu i przeprowadzaniu interwencji systemowych.

Informacje te są tym ważniejsze, że nadal niestety w naszym kraju podejście systemowe do terapii osób z zaburzeniami odżywiania jest rzadko stosowane. Pierwszy tekst analizuje komplikacje okołoporodowe u matek z jadłowstrętem psychicznym; chociaż ten tekst nie jest bezpośrednio poświęcony uwarunkowaniom zaburzeń odżywiania, to jednak wyżej wymienione komplikacje mogą wpływać na funkcjonowanie psychofizyczne dzieci takich matek. Drugi tekst omawia klasyczne podejście do uwarunkowań rodzinnych jadłowstrętu psychicznego. Trzeci tekst omawia wyniki badań na temat doświadczeń skryptowych u osób z zaburzeniami odżywiania. Czwarty tekst poświęcony został uwarunkowaniom rodzinnym jadłowstrętu psychicznego i narcyzmu, czyli zaburzeń, których charakterystyczną cechą jest perfekcjonizm i oczekiwanie podziwu ze strony innych ludzi. Można przypuszczać, że u podłoża tych zaburzeń leży „rana” z okresu dzieciństwa, polegająca na wymaganiu przez rodziców tych osób doskonałości i uzależnianiu od stopnia tej doskonałości miłości, którą otrzymuje dziecko. Jest to swoisty szantaż emocjonalny, który z jednej strony może prowadzić do jadłowstrętu psychicznego, przejawiającego się nienawiścią do siebie i swojego ciała, z drugiej zaś strony - do narcyzmu skutkującego wykorzystywaniem innych dla własnych egoistycznych celów i izolacją społeczną. Różnicę między tymi dwoma zaburzeniami autorka zobrazowała posługując się mitem o Narcyzie i Echo. Tekst numer 5 został poświęcony szczegółowej charakterystyce matek z zaburzeniami odżywiania. Analiza wyników badań pokazuje, że zaburzenie odżywiania matki wpływa bardzo silnie nie tylko na jej relację z dziećmi, w tym na style wychowawcze, ale także na postrzeganie przez nią dzieci, rodziny oraz choroby. Doniesienia ujawniają dramatyczne zmaganie się matek z zaburzeniami odżywiania z wyzwaniem, jakim jest opieka na dziećmi i ich optymalne wychowanie, chociaż można zaobserwować, że przede wszystkim matki te muszą stawić czoła swojej chorobie, która zazwyczaj ma charakter chroniczny i nawet, gdy została wyleczona, wciąż istnieje perspektywa jej nawrotu. Po sformułowaniu wniosków, w niniejszym artykule przedstawiono szereg postulatów w zakresie pomocy psychologicznej, która powinna być udzielona matkom z zaburzeniami odżywiania.

4.2.6. Egzystencjalne ujęcie zaburzeń odżywiania

Publikacje dotyczące tego tematu poświęcone zostały poczuciu sensu życia i fenomenowi egosyntoniczności u osób z zaburzeniami odżywiania oraz ich podejściu do śmierci. Publikacje poświęcone tej tematyce to:

- 1) Starzomska, M. (2007). Paradoksy doświadczania przestrzeni przez osoby z anoreksją. *Studia Psychologica*, 32(7), 123-149. ISSN: 1642-2473 (brak czasopisma w wykazie MNSiW za lata 2005-2006).
- 2) Starzomska, M. (2008). Egosyntoniczność jako patognomoniczny objaw anoreksji. *Psychoterapia*, 3(146), 61-74. ISSN: 0239-4170. Liczba punktów MNiSW (2008) – 4.
- 3) Starzomska, M. (2009). Spektrum postaw wobec śmierci u osób z anoreksją. *Kultura i Społeczeństwo*, 53(1), 185-202. ISSN: 0023-5172. Liczba punktów MNiSW (2009-2010) – 6.
- 4) Starzomska, M. (2009). Application of the concept of egosyntonicity to the assessment of anorexic patients' competence. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 11(1), 39-43. ISSN: 1509-2046. Liczba punktów MNiSW (2009-2010) – 6.
- 5) Starzomska, M. (2013). Cierpię więc jestem? Sens życia u osób z zaburzeniami jedzenia w świetle wyników badań własnych. W: E. Zasepa (red.), *Doświadczenie choroby i niepełnosprawności* (s. 71-88). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej. ISBN: 978-83-62828-78-4. Liczba punktów MNiSW (2013) – 5.
- 6) 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. ISSN: 1849-0867. Liczba punktów MNiSW (2016) - 15, IF 1.232.

Artykuł 1 charakteryzuje odczuwanie przestrzeni przez osoby z jadłowstrętem psychicznym, ze szczególnym uwzględnieniem podejścia do własnego ciała, do pokarmu i do ludzi w kontekście „świata prywatnego”, „świata natury”, „świata społecznego” i „świata idealnego”. Trzy artykuły (2, 4 i 5) poświęcone zostały fenomenowi egosyntoniczności u osób z jadłowstrętem psychicznym, który polega na tym, że osoby te uważają ich chorobę za wartość, która nadaje sens ich życiu i z tego względu zaprzeczają chorobie i odmawiają leczenia. Głównie z tego powodu należy szczególną uwagę poświęcić kwestii przymusowego leczenia oraz karmienia tych pacjentów. Artykuł 3 omawia temat śmierci w kontekście przeżyć osób z zaburzeniami odżywiania, przede wszystkim omawia podejście do śmierci, w tym samobójczej, wśród osób z tymi zaburzeniami. Należy podkreślić, że osoby z zaburzeniami odżywiania, a zwłaszcza z jadłowstrętem psychicznym posiadają bardzo specyficzne, można powiedzieć, że paradoksalne podejście do śmierci i samobójstwa, a mianowicie wyniszczenie ciała postrzegają pozytywnie, jako dające odczucie bycia żywym, autentycznym, wolnym. Warto

dodać, że artykuł numer 6 omawia szczegółowo problem zaprzeczania choroby (także w powiązaniu z egosyntonicznością) u osób z zaburzeniami odżywiania oraz metody jego badania. Informacje zawarte w niniejszych tekstach mogą okazać się przydatne dla terapeutów osób z zaburzeniami odżywiania pracujących w nurcie egzystencjalnym (logoterapia, analiza egzystencjalna).

4.2.7. Inne publikacje

Pozostałe publikacje autorki dotyczyły innych ważnych aspektów zaburzeń odżywiania, m.in. ukrytych teorii na temat tych chorób, jadłowstrętu psychicznego u mężczyzn oraz u osób starszych, postawom religijnym u osób z zaburzeniami odżywiania, jakości życia, złości i seksualności u tych osób, zastosowaniu cybernetycznej teorii układu samodzielnego M. Mazura do wyjaśnienia fenomenu jadłowstrętu psychicznego, historii wykorzystywania seksualnego i fizycznego u kobiet z zaburzeniami odżywiania, otyłości i innym niż jadłowstręt psychiczny i żarłoczność psychiczna zaburzeniom odżywiania, dietom odchudzającym, a także metodologii badań osób z zaburzeniami odżywiania. Ponadto publikacje podejmowały tematykę: paradoksalnych efektów diet odchudzających, szeroko pojętej konsumpcji w świetle katolickiej nauki społecznej, wykorzystania sztucznych sieci neuronowych w psychologii rozwojowej i klinicznej, depresji - współwystępującej z zaburzeniami obrazu siebie, patologicznej żałoby, mądrości, starości, psychologicznych aspektów religijności, kryzysów psychologicznych, psychologii sportu i postaw wobec osób niepełnosprawnych. Te teksty zostały wymienione w wykazie publikacji.

5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej.

Moje publikacje powstawały podczas mojego zatrudnienia na dwóch uczelniach: Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie i Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę.

6.1. Osiągnięcia dydaktyczne

Działalność dydaktyczna i związana z popularyzacją wiedzy stanowi istotny obszar mojej aktywności zawodowej.

W ramach działalności dydaktycznej, w latach 2005-2018 byłam opiekunem 56 wypromowanych w Wyższej Szkole Finansów i Zarządzania w Warszawie (dzisiejszej Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej) prac magisterskich i 8 wypromowanych na Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie prac magisterskich i licencjackich. Wszystkie prace magisterskie miały charakter empiryczny. Największa liczba prac (19) dotyczyła zaburzeń odżywiania i obrazu własnego ciała, następna grupa prac (18) dotyczyła psychologii pozytywnej, 8 prac dotyczyło płci psychologicznej, 6 – hierarchii wartości, 6 – uzależnień, 3 – wzrostu potraumatycznego, 2 – psychologii pracy. Ponadto jedna praca dotyczyła zjawiska huśtawki emocjonalnej, a jedna wpływu rehabilitacji ruchowej na rozwój fizyczny i umysłowy dzieci z dziecięcym porażeniem mózgowym.

Byłam promotorem pomocniczym dwóch prac doktorskich: dr Anny Polcyn-Radomskiej obronionej w 2018 roku w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego pod tytułem „Psychospołeczne uwarunkowania jakości związku małżeńskiego i radzenia sobie w sytuacji rozłąki na podstawie badania żon żołnierzy pełniących służbę na misji stabilizacyjnej w Afganistanie” oraz Ks. dr Tomasza Sztajerwalda pod tytułem „System rodziny pochodzenia, poczucie własnej wartości w relacjach interpersonalnych oraz odporność psychiczna a integracja osobowa i dojrzałość do małżeństwa u małżonków”. Ponadto jestem promotorem pomocniczym jednego otwartego i jeszcze nie zakończonego przewodu doktorskiego mgr Anny Cichockiej pod tytułem „Psychologiczne uwarunkowania zaprzeczania w jądłowstręcie psychicznym”. Promotorem głównym tych prac była dr hab. Maria Ryś, prof. UKSW.

W latach 2001 - aż do dnia dzisiejszego prowadziłam następujące zajęcia (na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, na Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, na Uniwersytecie Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie, w Wyższej Szkole Finansów i Zarządzania w Warszawie – dzisiejszej Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej oraz na antenie telewizji Edusat):

- Wykłady i ćwiczenia (tytuły zajęć: „Psychologia ogólna”; „Elementy psychologii”; „Współczesne problemy psychologii”; „Psychologia społeczna”; „Psychologia emocji i motywacji”; „Psychologiczne koncepcje osobowości”; „Psychologia rozwojowa”; „Psychologia rozwoju i osobowości”; „Psychologia różnic indywidualnych”; „Kierunki psychologiczne”; „Psychologia pracy”; „Pomoc psychologiczna”; „Diagnoza zaburzeń emocjonalnych i zaburzeń zachowania”; „Psychologia zaburzeń osobowości”; „Psychologia wychowania i kształcenia małego dziecka”; „Psychologia dziecka w wieku przedszkolnym”; „Psychologia zdrowia i rehabilitacji małego dziecka - wybrane zagadnienia z psychiatrii”; „Psychology of disabilities”);
- Zajęcia fakultatywne (tytuły zajęć: „Psychologia dążeń ludzkich”; „Uwarunkowania, przebieg i psychoterapia zaburzeń jedzenia”; „Cachexia – pogranicze życia i śmierci w anoreksji”; „Biała farba na białym tle – art terapia w anoreksji”; „Portret osoby z anoreksją”; „Depresja w bulimii i kompulsywnym przejadaniu się”; „Kitchen Sink Drama w bulimii”; „Translatorium o anoreksji”; „Przegląd terapii stosowanych w zaburzeniach jedzenia”; „Anoreksja u mężczyzn”; „Metafora w literaturze, życiu codziennym i psychoterapii”; „Terapia egzystencjalna - założenia, przebieg, skuteczność”; „Psychologia pozytywna w życiu codziennym”; „Poznawcze i behawioralne techniki modyfikacji zachowań”; „Trening zastępowania agresji”; „Podstawy psychologii zdrowia”).

6.2. Osiągnięcia organizacyjne

Byłam organizatorem dwóch konferencji krajowych oraz członkiem komitetu organizacyjnego jednej konferencji krajowej.

6.3. Osiągnięcia popularyzujące wiedzę

W ramach popularyzacji wiedzy przeprowadziłam jedną lekcję pokazową pod tytułem: „Anoreksja i bulimia – niedokończona droga do doskonałości”, LO im. Wojciecha Górskiego w Warszawie, 10.04.2014.

Do innych moich prezentacji popularyzujących wiedzę, należy zaliczyć: prezentację podczas Pikniku Polskiego Radia w Warszawie (28.05.2011) pod tytułem „Anorektyczny rubikon: Kiedy odchudzanie staje się chorobą?”, prezentację podczas IV Pikniku Psychologicznego „Psychologia dla odważnych” (3.06.2012) pod tytułem „O czym myśli

osoba z anoreksją?”, prezentację podczas Dnia Otwartego Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego (18.05.2014) pod tytułem „Złota klatka to za mało... W poszukiwaniu przyczyn zaburzeń jedzenia” oraz wystąpienie dla pracowników Instytutu Kardiologii w Aninie (18.06.2014) pod tytułem „Anorexia nervosa, zespół kompulsywnego objadania się i ortorexia nervosa - trzy oblicza zaburzeń jedzenia”.

Ponadto udzieliłam następujących wywiadów dla mediów popularnych:

- Zaburzenia odżywiania i przemoc emocjonalna przy stole, 2013, <http://www.sosrodzice.pl/zaburzenia-odzywiania-i-przemoc-emocjonalna-przy-stole/>;
- Dzieci ubrane w głód. O zaburzeniach odżywiania wśród dzieci i młodzieży. Miesięcznik Dyrektora Szkoły, 2014, 4 (62), s. 24-28;
- Odchudzone dzieciństwo. O zaburzeniach odżywiania u dzieci. Miesięcznik Dyrektora Przedszkola, 2014, 5 (63), s. 39-43;
- "Uwięziony ptak się śpiewa...", Katecheta, 2015, 12(59), s. 27-30;
- Każdy może zachorować na anoreksję, 2016, <https://portal.abczdrowie.pl/wierza-ze-od-tlustego-kremu-moga-przytyc-anoreksja-choroba-duszy>.

7. Oprócz kwestii wymienionych w pkt. 1-6, wnioskodawca może podać inne informacje, ważne z jego punktu widzenia, dotyczące jego kariery zawodowej.

Zostały mi przyznane następujące nagrody za działalność naukową

- Nagroda zespołowa Rektora Uniwersytetu Warszawskiego za osiągnięcia naukowe – współautorstwo podręcznika pt. „Psychoterapia. Teoria” (tom I) i „Psychoterapia. Praktyka” (tom II) (2007);
- Nagroda indywidualna I stopnia Rektora Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej ze serii artykułów naukowych w czasopismach naukowych o zasięgu międzynarodowym i krajowym (2007).

Małgorzata Staszewska-Romanowska

(podpis wnioskodawcy)