

Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST Nr 69 1–11

Published ahead of print 04 May 2017

www.psychiatriapolska.pl

ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)

DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/69394>

**Listy do anoreksji.  
Narracyjne narzędzia pracy z pacjentami  
anorektycznymi w kontekście teorii Dialogowego Ja**

**Letters to Anorexia.  
Narrative tools for working with anorectic patients  
in a Dialogical Self context**

Urszula Tokarska, Dorota Ryżanowska

Pracownia Psychologii Wspomagania Rozwoju Człowieka  
Katedra Psychologii Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie

**Summary**

**Aim.** Deepening understanding of the experience of patients with *anorexia nervosa* in the light of a narrative-constructivist approach and Dialogic Self Theory. Exploring the phenomenon of internal dialogues, which occur in patients' minds as an interchange between two competing (healthy and disordered) aspects of their Selves. Describing diagnostic and applicative possibilities of narrative stimuli in the form of „Letters to anorexia”.

**Method.** As was assumed the process of developing/ regaining a relative detachment from the internal voice of anorexia, which itself is indicative of progressing recovery, can be both diagnosed and fostered with externalisation techniques. Developed for the purpose of the research, a categorisation tool was designed to examine two aspects: Self-positioning (positioning above and below the voice of personified anorexia) and autobiographical narrative patterns used by researched persons.

**Results.** Based on statistical analysis, two different groups of patients were identified: (1) with dominant below-positioning, (2) with dominant above-positioning. Using mixed quantitative-qualitative methodology (including semantic analysis), multidimensional correlations were established within the two homogeneous clusters.

**Conclusions.** Postulated in the Dialogical Self context, supporting internal dialogue in patients with *anorexia nervosa* seems to co-exist with subsequent stages in the treatment process, which is reflected in the letters to anorexia written during therapy. A reverse correlation can also be surmised, i.e. the positive effect of the intentional therapeutic triggering of internal dialogue and narrative experience structuring using narrative stimuli such as letters. Authors provide some suggestions for further in-depth research on internal dialogues with regard to application, diagnosis, therapy, and prevention.

**Słowa kluczowe:** *anorexia nervosa*, terapia narracyjna, dokumenty osobiste

**Key words:** *anorexia nervosa*, narrative therapy, personal documents

## Wprowadzenie

Kontekst teoretyczny prezentowanych badań własnych wpisuje się w nurt rozumienia zaburzeń odżywiania w perspektywie konstrukcjonistyczno-narracyjnej [1–5], łączonej z – uwzględniającą dyskursywny charakter ludzkiego umysłu – teorią Dialogowego Ja [6–9]. Badania empiryczne oraz obserwacje kliniczne dostarczają danych wskazujących, że pacjentów cierpiących na (stanowiącą przedmiot relacjonowanych badań własnych) *anorexia nervosa* cechuje podwyższona sztywność w strukturze systemu Ja, a ich Ja pozostaje często niezdolne do przyjmowania zróżnicowanych pozycji i/lub podejmowania między nimi efektywnego dialogu [10–13]. Z badań Mioduchowskiej [14] wynika, że kobiety z *anorexia nervosa* w porównaniu z kobietami zdrowymi przejawiają mniej zróżnicowaną wewnętrzną aktywność dialogową, w której dominują niesprzyjające zdrowemu funkcjonowaniu dialogi o charakterze ruminacyjnym, wspierającym w chorobie oraz dysocjacyjnym. Dane te korespondują z ujmowaniem anoreksji w kontekście terapii narracyjnej [15–16], traktującej chorobę jako „dominującą opowieść” pacjenta, którego życie podporządkowane zostaje jej dyktatowi („dominującemu głosowi”).

Jedną z wielu strategii szczegółowych stosowanych w celu przekształcenia dominującej życie pacjenta opowieści o chorobie w opowieść wspierającą jego zdrowie stanowią tzw. techniki eksternalizacyjne, pozwalające na symboliczne „wyprowadzenie na zewnątrz” problemu, jego personifikację oraz aktywną komunikację z wybranymi problematycznymi aspektami życia pacjenta. Do podstawowych atutów mechanizmu eksternalizacji problemu zalicza się możliwość separacji osoby od doświadczanych (zwłaszcza w anoreksji) syntonicznie symptomów chorobowych oraz wspomaganie procesu uczenia się aktywnych form sprzeciwu wobec dominacji choroby [17–19]. Nastawieni sceptycznie wobec mechanizmu eksternalizacji badacze [20–22] ostrzegają z kolei przed konsekwencjami nadawania *anorexia nervosa* odrębnej „osobowości”: niebezpieczeństwem zbytniego zautonomizowania choroby oraz wzbudzaniem w pacjentach tendencji do samoobwiniania się o niesprostanie osobistej odpowiedzialności za wyleczenie, negatywnymi skutkami podtrzymywania myślenia dychotomicznego oraz idealizacją tzw. *Autentycznego Self*. Zalecana ostrożność na etapie włączania metod eksternalizacyjnych do psychoterapii oraz w trakcie monitorowania jej trwania powinna współwystępować z dalszymi badaniami nad ich stosowaniem.

Jedną z metod stymulacji wewnętrznego dialogu z własną chorobą stanowi napisanie listu [23–24], którego nadawcą zostaje pacjent, a wyobrażonym odbiorcą – spersonifikowana *anorexia nervosa*. Również w relacjonowanych badaniach rozgrywający się w umysłach pacjentek z diagnozą *anorexia nervosa* fenomen wewnętrznych dialogów pomiędzy zdrową a zaburzoną częścią ich osobowości poddany został przez nas wnikliwemu oglądowi. Interesowało nas, czy oraz w jaki sposób autorki listów zwracają się do tej części siebie, która utrudnia, a często wręcz uniemożliwia im (oraz ich bliskim) zdrowe funkcjonowanie, ze szczególnym uwzględnieniem rodzaju przyjmowanej wobec niej pozycji („nad”/„pod”).

Wykorzystany podczas kodowania analizowanego materiału tekstowego przez pracujących niezależnie trzech sędziów kompetentnych autorski system kategoryzacji został przez nas opracowany w odwołaniu do nurtu konstrukcjonistyczno-narracyjnego, ze szczególnym uwzględnieniem tzw. schematu autonarracyjnego [25] oraz teorii Dialogowego Ja [26–29]. Pozyskane tą drogą dane empiryczne poddano następnie statystycznym analizom frekwencyjnym oraz semantycznym.

### **Material**

W trakcie badań dokonano retrospektywnej analizy wytworów tekstowych pozyskanych w czasie leczenia od 40 pacjentek Oddziału Psychiatrii Dzieci i Poradni Zdrowia Psychicznego Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie, w wieku 11–25 lat, leczonych w latach 2009–2016. Wytwory te przyjmowały postać listów do własnej choroby – *anorexia nervosa*, napisanych zgodnie z instrukcją opartą na terapii narracyjnej. Analizowany materiał zinterpretowany został w odniesieniu do danych osobowych zawartych w historiach choroby badanych pacjentek.

### **Metoda**

Zastosowano mieszaną, ilościowo-jakościową metodę analizy oraz interpretacji pozyskanego materiału tekstowego. Postępowanie statystyczne przeprowadzone zostało z wykorzystaniem hierarchicznej analizy skupień, metodą Warda. Natomiast w trakcie jakościowej części pracy posłużono się metodą semantycznej kategoryzacji treściowej, z użyciem autorskich kategorii analizy opracowanych specjalnie na potrzeby niniejszego badania. Kategorie analizy wyodrębniono na podstawie całościowego oglądu materiału, z uwzględnieniem następujących aspektów strukturalnych: 1) długość listu wraz z jego tonem emocjonalnym; 2) stopień realizacji instrukcji wraz z typem motywacji do wykonania zadania; 3) tryb tekstu (opis/monolog/dialog). Aspekt treściowy zanalizowano pod kątem: 1) odniesień autorek listu do własnego Ja (wartościowanie siebie oraz stopień wyrazistości siebie w roli bohatera życiowej historii jako wiodące elementy pełnego schematu autonarracyjnego); 2) postawy wobec spersonifikowanego adresata listu, zanalizowane z wykorzystaniem podkategorii Ty-bohater (wróg vs. przyjaciel) oraz Ty-funkcje (korzyść vs. strata). Efekty powyższych analiz stanowiły punkt wyjścia do podjęcia ostatecznych decyzji odnośnie typu dominujących u danej pacjentki dialogów wewnętrznych, a następnie – wieńczącego cały proces analityczny – zaklasyfikowania danego listu jako prezentującego rodzaj pozycjonowania siebie wobec choroby (relacja pomiędzy autorem a adresatem listu). Uogólniona „pozycja” danej osoby wobec własnej choroby (3) potraktowana została jako umożliwiająca dokonywanie porównań zarówno w odniesieniu do danego pacjenta, jak i pomiędzy różnymi osobami.

## Wyniki

Rezultaty badań zostaną omówione w odniesieniu do dwu głównych strategii analizy materiału tekstowego: analiz statystycznych oraz dokonanej przez sędziów kompetentnych semantycznej kategoryzacji treściowej.

### Analizy statystyczne

Na podstawie hierarchicznej analizy skupień wyodrębniono dwie grupy osób badanych pozycjonujących swoje Ja wobec choroby w odmienny sposób. Osoby badane ze skupienia I, w skład którego weszło 72,5% pacjentek (zob. dendrogram z wykorzystaniem powiązania Warda, tab. 1), wykazują tendencję do pozycjonowania swojego Ja jako dominującego nad chorobą (tzw. „pozycja nad”). W przeciwieństwie do nich pacjentki ze skupienia II (27,5%) zdecydowanie częściej pozycjonują własne Ja jako podporządkowane spersonifikowanej *anorexia nervosa* (tzw. „pozycja pod”). Kolejne analizy wskazują na współwystępowanie sposobu pozycjonowania własnego Ja z określonymi kategoriami tematycznymi (por. szczegółowe zestawienie w tab. 2) zgodnie z poniższym opisem:

1. Pacjentki ze skupienia I wykazują tendencję do prowadzenia bardziej zróżnicowanych dialogów wewnętrznych.
2. Dialogi wewnętrzne pacjentek ze skupienia I przyjmują charakter dialogów wspierających je w procesie powrotu do zdrowia (93,1%), dialogów dysocjacyjnych (82,8%), tożsamościowych (75,9%) oraz ruminacyjnych (20,7%). Pacjentki ze skupienia II cechuje wewnętrzna aktywność dialogowa o charakterze wspierania siebie w decyzji o niepodejmowaniu leczenia (63,6%), dialogów tożsamościowych (54,5%) oraz ruminacyjnych (36,4%), a także wspierania siebie w powrocie do zdrowia (9,1%).
3. Pacjentki ze skupień I i II wykazują równoległe sprzeczne pozycje: w skupieniu I zidentyfikowana w 100% „pozycja nad” współwystępuje z „pozycją pod” (72,4%), a w skupieniu II – dominująca „pozycja pod” (90,9%) z „pozycją nad” (9,1%).
4. Pacjentki ze skupienia I prezentują w swych listach bardziej rozbudowany schemat autonarracyjny, co przekłada się na stopień klarowności autopercepcji w roli podmiotu własnej biografii (skupienie I – 75,9%; skupienie II – 27,3%), świadomości własnych intencji (skupienie I – 93,1%; skupienie II – 81,8%) oraz w wizji przekładania ich na konkretne cele i zadania do wykonania (skupienie I – 43,4%; skupienie II – 9,1%). Pacjentki z grupy I pozostają też w większym stopniu świadome potencjalnych przeszkód w procesie leczenia i realizacji życiowych zamierzeń (44,8%) w porównaniu z badanymi z grupy II (0%), wykazując jednocześnie wyższą znajomość strategii ich pokonywania (skupienie I – 13,8%; skupienie II – 0%).
5. Pacjentki ze skupienia I zdradzają większą świadomość poniesionych z powodu choroby strat (I – 100%; II – 72,7%). Choroba postrzegana jest też przez nie częściej w roli „wroga” (I – 100%; II – 63,6%), niezależnie od jednoczesnej świadomości płynących z niej korzyści (I – 86,2%; II – 90,9%) oraz pamięci sytuacji, w których traktowały ją wcześniej jako „przyjaciela” (I – 51,7%; II – 54,5%).

6. W świadomości pacjentek ze skupienia I obecna jest reprezentacja zasobów wspierających o charakterze zewnętrznym (55%) i wewnętrznym (72,4%). W przeciwieństwie do nich pacjentki ze skupienia II nie deklarują posiadania jakichkolwiek zasobów wewnętrznych. Jednocześnie te ostatnie, bez względu na realne wsparcie społeczne, rzadko piszą o zasobach zewnętrznych (wspomina o nich 27,3% badanych).

Tabela 1. Dendrogram – ilustracja hierarchicznej analizy skupień przeprowadzonej z wykorzystaniem metody Warda

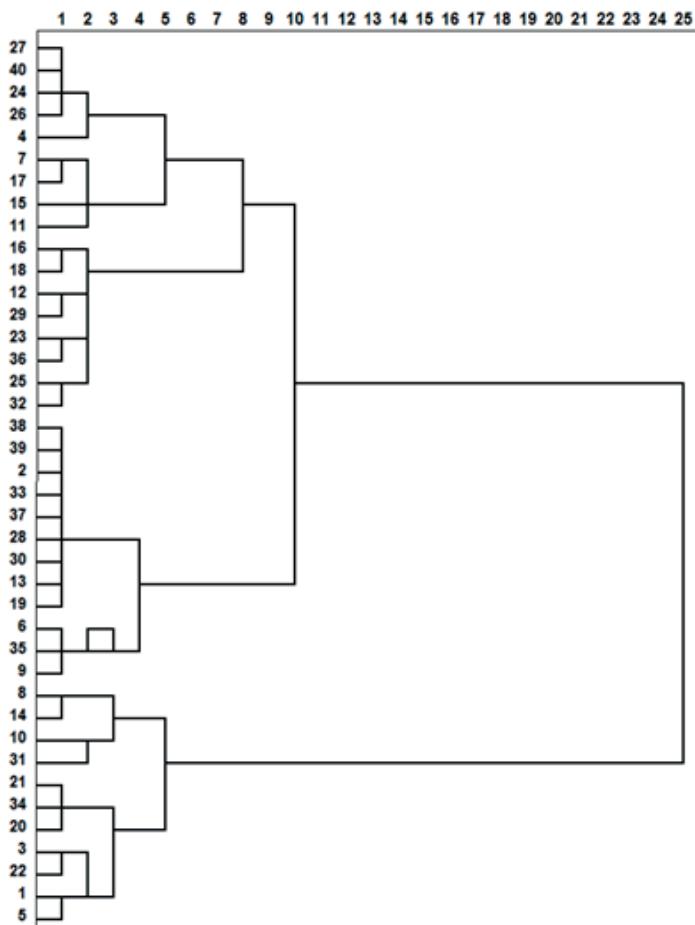


Tabela 2. Pozycjonowanie Ja, a wybrane kategorie tematyczne, analiza statystyczna

Opis		Całość		Skupienie I		Skupienie II	
		Liczba	Procent (n=40)	Liczba	Procent (n=29)	Liczba	Procent (n=11)
AU (Autorka listu)	wartościowanie pozytywne	14	35,0%	12	41,4%	2	18,2%
	wartościowanie negatywne	26	65,0%	18	62,1%	8	72,7%
	WB-1	25	62,5%	22	75,9%	3	27,3%
	WB-2	36	90,0%	27	93,1%	9	81,8%
	WB-3	13	32,5%	12	41,4%	1	9,1%
	WB-4	13	32,5%	13	44,8%	0	0,0%
	WB-5	4	10,0%	4	13,8%	0	0,0%
	ZW	21	52,5%	21	72,4%	0	0,0%
TT (tryb tekstu)	ZZ	22	55,0%	19	65,5%	3	27,3%
	O (opis)	3	7,5%	1	3,4%	2	18,2%
PZ (postawa zadaniowa)	WAD (monolog i/ lub dialog)	37	92,5%	28	96,6%	9	81,8%
	MW (motywacja wewnętrzna)	23	57,5%	16	55,2%	7	63,6%
AD (Adresat listu)	MZ (motywacja zewnętrzna)	16	40,0%	10	34,5%	6	54,5%
	Wróg	36	90,0%	29	100,0%	7	63,6%
	Przyjaciół	21	52,5%	15	51,7%	6	54,5%
	Korzyść	35	87,5%	25	86,2%	10	90,9%
RL (relacja pomiędzy Autorem a adresatem listu)	Strata	37	92,5%	29	100,0%	8	72,7%
	T (tożsamościowy)	28	70,0%	22	75,9%	6	54,5%
	W1 (wspierający w zdrowiu)	28	70,0%	27	93,1%	1	9,1%
	W2 (wspierający w chorobie)	13	32,5%	6	20,7%	7	63,6%
	R (ruminacyjny)	19	47,5%	15	51,7%	4	36,4%
	D (dysocjacyjny)	24	60,0%	24	82,8%	0	0,0%
	N (pozycja „nad”)	30	75,0%	29	100,0%	1	9,1%
P (pozycja „pod”)	31	77,5%	21	72,4%	10	90,9%	

## Semantyczna kategoryzacja treściowa

W tej części analiz uwzględniono dwa podstawowe wymiary listów – ich strukturę formalną oraz zawartość treściową. W zakresie różnic strukturalnych pomiędzy listami napisanymi przez pacjentki przyjmujące wobec własnej choroby postawę dominującą, a pacjentkami podporządkowującymi się jej należy uwzględnić zarówno (wskazującą pośrednio na stopień narracyjnej strukturyzacji doświadczenia) długość listów, jak i sposób wykorzystania przez nie poszczególnych elementów składowych schematu autonarracyjnego.

Średnia długość analizowanych listów mieści się w przedziale od 4 do 1432 słów ( $M = 345$ ), z czego średnia długość listów w skupieniu I ( $M = 371$ ) pozostaje dłuższa o prawie 100 słów od średniej liczby słów, z jakich skomponowały swoje wypowiedzi pacjentki ze skupienia II ( $M = 275$ ). Ze względu na ograniczenia objętościowe niniejszego tekstu poniżej zaprezentowane zostaną jedynie wybrane ilustracje kilku uwzględnionych w trakcie analiz kategorii treściowych (tab. 3).

Tabela 3. Przykłady tekstowe wybranych analitycznych kategorii strukturalnych i tematycznych

Aspekty i kategorie tematyczne	Przykłady
Aspekty strukturalne Motywacja wykonania zadania	
- wewnętrzna	- „To okazała do pomyślenia o rzeczach, o których staram się nie myśleć, ani ich nie nazywać – o Tobie, Anoreksjo, [...] uświadomić sobie, kiedy cię poznałam...” [List nr 13]; - „Mam! Przypominam sobie...” [List nr 1]
- zewnętrzna	- „[...] to moje <zadanie domowe> od pani psycholog – tak naprawdę nie podoba mi się ten pomysł do końca, no ale trudno.” [List nr 1]
Aspekty tematyczne Typy wewnętrznej aktywności dialogowej:	
- dialogi tożsamościowe	- „Nie wiem, czy kiedykolwiek jeszcze będę taka jak dawniej” [List nr 19]; - „Czego tak naprawdę szukamy? Szczęścia? Miłości? Czy po prostu siebie?” [List nr 16]
- dialogi wspierające w zdrowieniu	- „Jestem ciekawa, czy mi odpowiesz, a jeśli tak – to co” [List nr 14]; - „[...] muszę przełamać barierę, którą już w pewnym stopniu przekroczyłam, ale to jeszcze nie do końca przekroczona bariera. Jak nie teraz, to kiedy? W końcu to moje życie i nikt go za mnie nie przeżyje” [List nr 16];
- dialogi wspierające w chorobie	- „Jest w tobie coś takiego, co lubię” [List nr 15]; - „Nie chcę z tobą walczyć, bo przez to musiałabym przytyć, a bardzo tego nie chcę” [List nr 21];
- dialogi ruminacyjne	- „[...] przejmuję się jedzeniem bądź niejedzeniem najbardziej” [List nr 39]
- dialogi dysocjacyjne	- „Zostaw mnie w spokoju! Odczep się ode mnie!” [List nr 2]; - „Jedyne co mi dałaś, to złudne poczucie kontroli. Giń!” [List nr 7A] - „Nie mam ci już nic do powiedzenia [...]. Przestań [...]. Znikaj z mojego życia!!!” [List nr 39]

## Ocena wyników

Wyniki przeprowadzonych przez nas badań korespondują z danymi empirycznymi oraz obserwacjami klinicznymi wskazującymi na niższy poziom zróżnicowania dialogowości wewnętrznej osób z diagnozą zaburzeń odżywiania w porównaniu do osób zdrowych. Potwierdzają one zarazem relacjonowany w literaturze przedmiotu w odniesieniu do pacjentów z *anorexia nervosa* charakterystyczny wzorzec typologiczny, z przewagą dialogów o charakterze ruminacyjnym i dysocjacyjnym. W grupie pacjentek, które zaklasyfikowane zostały w naszych badaniach jako „podporządkowujące się chorobie”, odnotowano mniej intensywnej wewnętrznej aktywności dialogowej, z przewagą dialogów ruminacyjnych, wspierających siebie w chorobie oraz tożsamościowych. Natomiast w skupieniu dziewcząt z przewagą „pozycji nad” zidentyfikowano dominację dialogów tożsamościowych, wspierających autorki listów w procesie zdrowienia oraz dialogów dysocjacyjnych.

Wystąpienie tych ostatnich stanowi niewątpliwie wyraz podejmowania przez pacjentki ze skupienia I prób poznawczo-emocjonalnego oddzielenia siebie od choroby oraz przyjmowania wobec niej postawy relatywnego dystansu. Charakteryzująca te osoby badane silna ambiwalencja wskazuje naszym zdaniem, że pozostają one w procesie konstrukcji bardziej niż dotychczas złożonego, narracyjnie ustrukturuwanego Ja. Pomimo że w porównaniu z osobami zdrowymi wykazują liczne deficyty w zakresie samoświadomości oraz sprzyjającej zdrowiu samokontroli, można wskazać na zdecydowaną różnicę w tym zakresie pomiędzy nimi a osobami ze skupienia II. W świadomości pacjentek z dominantą postawy „pod” brakuje bowiem zarówno klarownej reprezentacji siebie jako podmiotu własnej biografii, jak i umiejętności wskazania (innych niż kontrola wagi) celów do realizacji, łącznie z umiejętnością wyobrażenia sobie potencjalnych przeszkód na drodze do ich osiągnięcia.

Jednym z istotnych parametrów różnicujących obie grupy jest też rodzaj proporcji w postrzeganiu strat i/lub zysków płynących z choroby oraz trudności z wykorzystaniem w myśleniu o własnej chorobie przeszłościowego wymiaru czasowego (ruminacyjne wspomnianie „życiodajnej” przyjaźni z chorobą jako dobrze zaspokajającą ich istotne potrzeby). U pacjentek z grupy II zwraca również uwagę „zerowy” współczynnik reprezentacji jakichkolwiek wewnętrznych zasobów potrzebnych do radzenia sobie z chorobą.

## Wnioski

Postulowane w kontekście teorii Dialogowego Ja wspieranie wewnętrznej aktywności dialogowej pacjentek z *anorexia nervosa* wydaje się współwystępować z kolejnymi etapami procesu leczenia, co znajduje wyraz w listach pisanych do własnej choroby. Można też założyć relację odwrotną – potencjalne efekty terapeutyczne intencjonalnego stymulowania wewnętrznej dialogowości z wykorzystaniem bodźca narracyjnego w postaci listu [30]. Uzyskane wyniki pozwalają wyodrębnić dwie grupy pacjentek z diagnozą *anorexia nervosa*, różniących się diametralnie postawą wobec własnej choroby (mimo iż w momencie pisania listu pozostawały one w le-



czeniu przez podobnej długości okres terapii). Można przypuszczać, że dla obydwu wyszczególnionych grup należałoby zaproponować nieco odmienne metody terapii. Weryfikacja tej hipotezy wymaga przeprowadzenia kolejnych badań nad procesem psychoterapii pacjentek. Dlatego też warto, naszym zdaniem, kontynuować badania empiryczne oraz obserwacje kliniczne związane z diagnostyczno-terapeutycznym potencjałem zawartym w eksternalizacyjnych formach pracy z pacjentem z *anorexia nervosa*.

W aspekcie badawczym postuluje się dokonywanie kolejnych analiz czynnikowych wyników pozyskanych w liczniejszych grupach badawczych, co pozwoliłoby określić głębsze (ukryte) struktury współwystępowania oraz określania kierunków wpływu poszczególnych wymiarów funkcjonowania psychicznego pacjentek. Wstępne hipotezy badawcze dotyczyć mogą m.in. wpływu stopnia rozwinięcia schematu autonarracyjnego na proces zdrowienia. Technika listu do własnej spersonifikowanej choroby może stanowić cenne pomocnicze narzędzie diagnostyczne pozwalające potraktować określone wcześniej, obecne w tekście kategorie jako wskaźniki rodzaju oraz stopnia motywacji do leczenia oraz umożliwiające identyfikację indywidualnego wzorca doświadczania choroby.

Równolegle wyniki naszych badań mogą też służyć udoskonalaniu eksternalizacyjnych technik terapeutycznych i prewencyjnych, pozwalając na opracowanie zróżnicowanych wersji instrukcji listu do anoreksji adekwatnych do poszczególnych „typów pacjenta”, a także etapu i odmiany terapii, wrażliwych jednocześnie na potencjalne niebezpieczeństwa związane ze stosowaniem technik eksternalizacyjnych w pracy z pacjentem psychotycznym.

Warto zwrócić tu uwagę na postulat łączenia zróżnicowanych form oddziaływań (np. listów do różnych adresatów bądź formuły listu z opowiadaniem w formie trzecioosobowej) oraz monitorowanie procesu wielokrotnego pisania listu przyczyniającego się do coraz lepszej narracyjnej strukturyzacji indywidualnego doświadczenia pacjentów.

#### **Lista Ośrodków uczestniczących w badaniu:**

– *Katedra Psychologii Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej, ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków.*

– *Oddział Psychiatrii Dzieci i Poradnia Zdrowia Psychicznego Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. Świętego Ludwika w Krakowie, ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków.*

*Źródła finansowania: kategoryzacja oraz analizy statystyczne: badania statutowe UP Kraków, Urszula Tokarska BS-450/P/2016.*

### **Piśmiennictwo**

1. Anderson H, Goolishian H. *Human systems as linguistic system: preliminary and evolving ideas. About the implications for clinical theory.* Fam. Process. 1988; 27(4): 371–393.
2. Freedman J, Combs G. *Narrative therapy. The social construction of preferred realities.* New York–London: WW. Norton & Company; 1996.
3. Chrzastowski S, de Barbaro B. *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.

4. Józefik B. *Kultura, ciało, (nie)jedzenie, terapia. Perspektywa narracyjno-konstrukcjonistyczna w zaburzeniach odżywiania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013.
5. Józefik B. *Od cybernetycznej metafory rodziny do dialogu i narracji*. W: Janusz B, Gdowska K, de Barbaro B. red. *Narracja. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008. s. 459–471.
6. Józefik B, Janusz B, de Barbaro B. *Koncepcja Dialogowego Ja w psychoterapii – założenia teoretyczne*. *Psychiatr. Pol.* 2012; XLVI(5): 857–865.
7. Rowan J. *Personification: Using The Dialogical Self in psychotherapy and counselling*. New York: Routledge; 2010.
8. Gabińska A, Zalewski B, Szymczyk B, Suszek H, Jędrasik-Styla M. *Mechanizmy zdrowia i zaburzeń psychicznych w Teorii Dialogowego Ja*. *Roczniki Psychologiczne*. 2012; 15(4). Open Access: <https://www.researchgate.net/publication/259397999> (dostęp: 20.04.2017).
9. Stemplewska-Żakowicz K, Zalewski B, Suszek H, Kobylińska D, Szymczyk P. *The Discursive Mind Model*. *Psychology of Language and Communication*. 2014; 18(1): 1–21.
10. Chrzczonowicz A. *Narracja a zaburzenia psychotyczne: badania i zastosowania terapeutyczne*. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2012; 21(1): 43–50.
11. Oleś KP. *Dialogowe funkcje Ja – implikacje dla zdrowia*. *Chowanna*. 2012; (tom specjalny): 47–65.
12. Salvadore G, Dimaggio G, Semerari A. *A model of narrative development: Implications for understanding psychopathology and guiding therapy*. *Psychol. Psychother.-T.* 2004; 77: 231–254.
13. Tokarska U. *The beneficial life stories. The mental health and resilience from the narrative perspective*. In: Ostrowski T, Sikorska I. editors. *Health and Resilience*. Kraków: Jagiellonian University Press; 2004, p. 57–85.
14. Mioduchowska A. *Obraz własnego ciała a wewnętrzna aktywność dialogowa u kobiet z zaburzeniami odżywiania*. *Studia z Psychologii w KUL*. 2012; T. 18. Gorbaniuk O, Kostrubiec-Wojtachnio B, Musiał D, Wiechetek M. red. *Lublin: Wydawnictwo KUL*; 175–192.
15. Morgan A. *What is narrative therapy? An easy to read introduction*. Adelaide: Dulwich Centre Publications; 2000.
16. White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W. Norton; 1990.
17. Costin C, Grabb G. *8 keys to recovery from eating disorder: Effective strategies from therapeutic practice and personal experience*. New York: WW. Norton & CO; 2011.
18. Morgan K. *The Anorexic Self vs. the Authentic Self: a systematic and integrative guide in the adult treatment of anorexia nervosa*. Canada: University of Lethbridge; 2008.
19. Schaefer J, Rutledge T. *Life without Ed: How one woman declared independence from eating disorder and how you can too*, 10<sup>th</sup> ed. McGraw-Hill Professional; 2004.
20. Sauko P. *The Anorexic Self. Political analysis of a diagnostic discourse*. Albany: State University of New York Press; 2008.
21. Serpell I, Treasure J, Teasdale J, Sullivan V. *Anorexia nervosa: friend or foe?* *Int. J. Eat. Disorder*. 1999; 25(2): 177–186.
22. Vitousek K. *Workshop outline: Alienating patients from the “Anorexic Self”: externalizing and related strategies*. Seventh International Conference on Eating Disorders, London, April, 6, 2005.
23. Borawska A. *Listy w psychoterapii*. *Psychiatria i Psychoterapia*. 2013; 9(4): 3–13.
24. de Medeiros K. *Beyond the memoir: Telling life stories using multiple literary forms*. *Journal of Aging, Humanities, and the Arts*. 2007; 1–3: 159–167.
25. Trzebiński J. *Struktura narracji i schematu narracyjnego*. W: Trzebiński J. red. *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2001.

26. Hermans HJM. *The Dialogical Self as a society of mind*. Theor. Psychol. 2002; 12: 147–160.
27. Hermans HJM. *The Dialogical Self: Toward a Theory of Personal and Cultural Positioning*. Cult. Psychol. 2001; 7(3): 243–281.
28. Oleś PK. *Czy głosy umysłu da się mierzyć? Skala Wewnętrznej Aktywności Dialogowej (SWAD)*. Przegląd Psychologiczny. 2009; 52(1): 37–51.
29. Puchalska-Wasył M. *Nasze wewnętrzne dialogi*. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika; 2016.
30. Tokarska U. *Narracyjna promocja zdrowia. Założenia teoretyczne, metody pracy, obszary zastosowań*. Studia Edukacyjne. 2015; 35: 327–348.

Otrzymano: 5.12.2016

Zrecenzowano: 7.02.2017

Otrzymano po poprawie: 27.02.2017

Przyjęto do druku: 8.03.2017

Adres: Urszula Tokarska

Pracownia Wspomagania Rozwoju Człowieka

Katedra Psychologii Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie

30-048 Kraków, ul. Podchorążych 2