

Terapia zorientowana na ciało w profilaktyce zaburzeń odżywiania

Przegląd systematyczny

Emilia Korsak*

*Katedra Psychologii Klinicznej, Rozwoju i Edukacji,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie*

0000–0002–9677–3731

STRESZCZENIE

Cel

Pomimo rosnącego znaczenia terapii zorientowanej na ciało i szerokiego stosowania metod wykorzystujących pracę z ciałem brakuje systematycznych przeglądów naukowych, które analizowałyby jej skuteczność w zakresie zaburzeń obrazu ciała u osób chorujących na anoreksję lub zagrożonych jej wystąpieniem. Stanowi to barierę zarówno dla praktyków sięgających po rozwiązania terapeutyczne, jak i teoretyków badających mechanizmy interwencji terapeutycznych czy edukatorów działających na rzecz profilaktyki zdrowia. Celem niniejszych rozważań jest przegląd badań dotyczących wpływu różnego rodzaju interwencji opartych na metodach pracy z ciałem na obraz ciała osób z zaburzeniami odżywiania lub zagrożonych zaburzeniami odżywiania typu anoreksja.

Metoda

Badanie przeprowadzono zgodnie ze standardem PRISMA. Zeksplorowano elektroniczne bazy danych (ProQuest, PsychINFO, PubMed, ScienceDirect, Scopus, Web of Science) w poszukiwaniu randomizowanych badań kontrolnych (RCT). Łącznie przeanalizowano 425 pozycji, z czego 69 pełnotekstowych artykułów zostało poddanych krytycznej ocenie. Ostatecznie do przeglądu włączono 15 badań, które spełniły wszystkie kryteria włączenia.

Wyniki

Analizy wskazują, że programy oparte na metodach pracy z ciałem, w porównaniu z grupami kontrolnymi, były bardziej skuteczne w redukowaniu czynników ryzyka i promowaniu czynników ochronnych, a dodanie ich do podstawowej formy terapii może prowadzić do znaczącego zmniejszenia objawów zaburzeń odżywiania.

* Adres do korespondencji: Emilia Korsak, Katedra Psychologii Klinicznej, Rozwoju i Edukacji, Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, ul. Prawocheńskiego 13, 10-447 Olsztyn, e-mail: emilia.korsak@gmail.com.

Konkluzje

W przyszłości istotne byłoby bezpośrednie porównanie wpływu konkretnych typów interwencji na czynniki ryzyka i czynniki chroniące.

Słowa kluczowe: terapia zorientowana na ciało, obraz ciała, zaburzenia odżywiania, anoreksja, profilaktyka

WPROWADZENIE

Psychoterapia zorientowana na ciało

Ćwiczenia fizyczne oraz praca z ciałem są ważnymi atrybutami zdrowia i dobrostanu zarówno fizycznego (eksplorowanego głównie przez dyscypliny nauk o zdrowiu i medyczne), jak i psychicznego jednostki (w dyscyplinach takich jak psychologia i pedagogika). Odczuwanie i odbieranie sygnałów płynących z ciała stanowiło od dawna ważny element psychoterapii, a twórcy psychoanalizy uznawali napięcia somatyczne za wyraz konfliktów psychicznych (Freud, Kempnerówna, Zaniewicki, 2017). Obecnie popularność technik opartych na pracy z ciałem, np. mindfulness, joga, progresywna relaksacja mięśni, wynika ze świadomości, że integracja ciała i umysłu jest podstawą dobrego samopoczucia (Leitan, Murray, 2014). Badania wskazują, że większość pacjentów cierpiąca na zaburzenia psychiczne odczuwa również objawy na poziomie ciała (Katon, Sullivan, Walker, 2001).

Połączenie pracy umysłu i pracy z ciałem ma wysoką efektywność. Mimo to techniki psychoterapeutyczne koncentrujące się na ciele wciąż są pomijane w dyskursie naukowym (Röhricht, 2009). Brakuje też jasnej definicji psychoterapii zorientowanej na ciało. Przyczyną może być fakt, iż jest to zagadnienie zróżnicowane (Young, 2008), choć wspólną płaszczyznę stanowi związek ciała i umysłu oraz założenie, że stosunek do świata, innych i do samego siebie jest zakorzeniony nie tylko w umyśle, lecz także w ciele (Röhricht, 2009). Jedną z nielicznych definicji obecnych w literaturze zaproponował Heller, który uznaje „interwencje psychoterapeutyczne zorientowane na ciało” za termin zbiorczy wszystkich technik psychoterapeutycznych, „które wyraźnie wykorzystują techniki pracy z ciałem, aby wzmocnić rozwijający się dialog między pacjentem a psychoterapeutą na temat tego, co jest doświadczane i postrzegane [...], w których ciało jest uważane za środek komunikacji i eksploracji” (Heller, 2012).

Metody terapeutyczne zorientowane na ciało są ważne w leczeniu wielu problemów psychicznych, jednak szczególne zastosowanie mają w przypadku zaburzeń psychosomatycznych, do których należą zaburzenia odżywiania.

Obraz ciała w zaburzeniach odżywiania

Zaburzenia odżywiania należą do ciężkich zaburzeń psychicznych i somatycznych, a częstotliwość ich występowania szacuje się na poziomie 4,95% w przypadku

kobiet i 2,24% w przypadku mężczyzn (Duncan, Ziobrowski, Nicol, 2017). Do najczęściej występujących należy anoreksja (*anorexia nervosa*, AN), w przebiegu której odnotowuje się poważne następstwa somatyczne, powiązane z dużym ryzykiem zagrożenia życia (Fichter, Quadflieg, 2016), oraz towarzyszące zaburzenia funkcjonowania psychospołecznego (Zipfel, Giel, Bulik, Hay, Schmidt, 2015). Poza niedowagą i obawami przed przybraniem na wadze zaburzenia obrazu ciała (*body image disturbance*, BID) są głównym objawem AN (Carey, Preston, 2019). Jak dotąd charakterystyczne cechy i mechanizmy BID pozostają niejasne, zwłaszcza w kontekście sensorycznych zniekształceń percepcyjnych i zaburzeń poznawczo-afektywnych (Dakanalis i in., 2016). Aby poprawić jakość terapii anoreksji, konieczne staje się głębsze zrozumienie postrzegania własnego ciała przez osoby chore.

Obraz ciała jest wielowymiarowym konstruktem, na który składają się komponenty poznawcze, afektywne i behawioralne (Thompson, 2004). Dysfunkcja jednego lub kilku z nich może prowadzić do następujących skutków: przecenianie wymiarów własnego ciała (Farrell, Lee, Shafran, 2005), negatywne uczucia i myśli wobec ciała (Rekkers, Scheffers, van Busschbach, van Elburg, 2021; Troisi, 2020), ale też unikanie ciała i zachowania sprawdzające (Shafran, Fairburn, Robinson, Lask, 2004). Wykazano, że zaburzenia obrazu ciała są dodatnio skorelowane z negatywnym stanem psychicznym – niską samoocena, depresją i lękiem (Cruz-Sáez, Pascual, Włodarczyk, Echeburúa, 2020; Junne i in., 2019), skłonnością do samobójstw (Naivar Sen, Gurleyik, Psouni, 2020), niższym poziomem szczęścia (Wang i in., 2018) i często utrzymują się nawet po wyzdrowieniu (Bachner-Melman, Zohar, Ebstein, 2006). Są one też predyktorami nawrotu AN (Carter, Blackmore, Sutandar-Pinnock, Woodside, 2004). Dlatego praca z obrazem ciała to jeden z priorytetów terapii i potencjalny czynnik zdrowienia (Glashouwer, van der Veer, Adipatria, Jong, Vocks, 2019).

Programy terapeutyczne oraz profilaktyka zaburzeń odżywiania

Najpowszechniejszą terapią interwencyjną w BID jest terapia poznawczo-behawioralna (CBT) (Lewis-Smith, Diedrichs, Halliwell, 2019), opierająca się na technikach modyfikacji sposobów myślenia i zachowania, np. redukcji zachowań sprawdzających masę ciała czy restrukturyzacji procesów poznawczych (Alleva, Sheeran, Webb, Martijn, Miles, 2015). Jej skuteczność jest jednak ograniczona i ponad jedna czwarta pacjentów, mimo zakończonej terapii, pozostaje chora (Omiwole, Richardson, Huniewicz, Dettmer, Paslakis, 2019). Inne popularne metody interwencji to psychoedukacja oraz trening fitness, które wzmacniają poczucie własnej wartości poprzez nabywanie nowych kompetencji i poznawanie własnych zalet, wpływają na postrzeganie własnych możliwości, a także korygują zachowania związane z obrazem ciała (Alleva i in., 2015).

Leczenie AN jest kosztowne i często pozwala na uzyskanie poprawy stanu zdrowia, ale nie całkowitej remisji (Schmidt i in., 2016; Westmoreland, Krantz, Mehler, 2016). Powodem tego są słabe efekty większości metod terapeutycznych (Bulik, Berkman, Brownley, Sedway, Lohr, 2007), wysoki wskaźnik nawrotów

i chroniczności (Berkman, Lohr, Bulik, 2007; Keel, Dorer, Franko, Jackson, Herzog, 2005) oraz duża częstotliwość rezygnacji z leczenia wśród pacjentów (Fassinò, Pierò, Tomba, Abbate-Daga, 2009). Dlatego ważne jest tworzenie programów profilaktyki zaburzeń odżywiania opartych na dowodach naukowych.

Istnieją trzy typy programów profilaktyki zaburzeń odżywiania: (1) uniwersalne programy psychoedukacyjne, (2) uniwersalne programy z wykorzystaniem środków masowego przekazu i (3) selektywnie stosowane programy interaktywne, a ich skuteczność w zmniejszaniu ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania utrzymuje się na poziomie 51% (Stice, Shaw, Marti, 2007). Większość programów opiera się na redukcji czynników ryzyka, mimo że badania wskazują, iż zmiana ram teoretycznych w kierunku czynników chroniących, np. kształtowanie pozytywnego obrazu ciała, może być elementem decydującym dla skuteczności działań profilaktycznych (Levine, Smolak, 2016; Piran, 2015). Metaanaliza dotycząca skuteczności programów profilaktyki zaburzeń odżywiania pozwoliła zaobserwować istotne zmniejszenie się ryzyka występowanie choroby (na poziomie 54–77%) (Stice, Onipede, Marti, 2021).

Istniejące dowody oraz cel badań

Badania wskazują, że psychoterapia zorientowana na ciało jest skutecznym narzędziem terapii (Allmer, Ventegodt, Kandel, Merrick, 2009), zapewnia bowiem dodatkowe narzędzia psychoterapeutyczne w obszarach, w których podejścia oparte na rozmowie są niewystarczające (Röhricht, 2009). W literaturze przedmiotu istnieją liczne, aczkolwiek rozproszone, przykłady badań nad psychoterapeutyczną skutecznością metod pracy z ciałem w różnego rodzaju zaburzeniach psychicznych, w tym zaburzeniach odżywiania. Brak natomiast systematycznych przeglądów danych naukowych, które analizowałyby skuteczność terapii zorientowanej na ciało w zakresie zaburzeń obrazu ciała u osób chorujących na anoreksję lub zagrożonych jej wystąpieniem. Stanowi to poważną barierę zarówno dla praktyków sięgających po rozwiązania terapeutyczne, jak i teoretyków badających mechanizmy interwencji terapeutycznych oraz edukatorów działających na rzecz profilaktyki zdrowia. Sięganie bowiem po rozwiązania mające potwierdzony empirycznie pozytywny wpływ na pacjentów jest ważnym elementem etyki pracy terapeuty, a także elementem profesjonalizmu zawodowego. Promowanie rozwiązań terapeutycznych opartych na dowodach naukowych stanowi istotne zadanie nauki i praktyki. Niniejszy artykuł wpisuje się w to zadanie.

Celem niniejszych rozważań jest przegląd badań dotyczących wpływu różnego rodzaju interwencji na obraz ciała osób z zaburzeniami odżywiania lub zagrożonych zaburzeniami odżywiania typu anoreksja. Postawiono dwa pytania badawcze:

1. Jakie metody psychoterapii zorientowanej na ciało w profilaktyce i terapii AN są przedmiotem badań opartych na dowodach?
2. Jaka jest skuteczność metod psychoterapii zorientowanej na ciało w profilaktyce i terapii AN?

METODA

Systematyczny przegląd literatury wymaga przejrzystego raportowania procesu wyszukiwania. Zachowując wymogi naukowe, najczęściej korzysta się ze standardu PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, 2009), który uwzględnia następujące informacje wykorzystywane do przeszukiwania baz danych: słowa kluczowe, liczba zidentyfikowanych publikacji, liczba publikacji wykluczonych, zastosowane kryteria włączenia/wyłączenia oraz proces przesiewowy.

Identyfikacja badań

Odpowiednie badania zostały zidentyfikowane poprzez oszacowanie stanu baz danych: ProQuest, PsychINFO, PubMed, ScienceDirect, Scopus, Web of Science na dzień 4 kwietnia 2022 roku. Wyszukiwane hasła dotyczące obrazu ciała i zaburzeń odżywiania połączono z hasłami dotyczącymi psychoterapii zorientowanej na ciało i wprowadzono do baz danych zgodnie z ich wymaganiami.

Specyficzne hasło wyszukiwania brzmiało: “body image” AND (“eating disorders” OR “anorexia nervosa”) AND (“body-oriented therapy” OR “body-oriented psychotherapy” OR “body psychotherapy” OR “mind-body therapy” OR “body-mind therapy”).

Ponadto przeanalizowano listy referencyjne zidentyfikowanych artykułów przeglądowych oraz European Body Psychotherapy Association w celu uwzględnienia dalszych badań.

Kryteria włączenia i wyłączenia

Badania kwalifikowały się do włączenia do niniejszego przeglądu, jeśli spełniały następujące kryteria: (1) były randomizowanymi kontrolowanymi badaniami klinicznymi (RCT) z dwuczynnikową konstrukcją i randomizowanym podziałem na grupy, (2) obejmowały interwencję z komponentem opartym na psychoterapii zorientowanej na ciało, (3) celem interwencji było promowanie czynników chroniących i/lub redukcja czynników ryzyka związanych z zaburzeniami odżywiania; (4) interwencja była ukierunkowana na obraz ciała/percepcję ciała; (5) stosowano co najmniej jeden standaryzowany pomiar psychologiczny w grupie eksperymentalnej i w grupie kontrolnej; (6) były opublikowane jako recenzowane artykuły oryginalne; (7) musiały być napisane w języku angielskim lub polskim. Przykłady potencjalnych miar wyników obejmowały zarówno czynniki ochronne, takie jak zadowolenie z ciała, poczucie własnej wartości i współczucie dla siebie, jak i czynniki ryzyka, takie jak niezadowolenie z ciała, internalizacja ideału szczupłości i subkliniczne patologiczne zachowania związane z jedzeniem.

Nie było ograniczeń dotyczących miejsca (ambulatoryjne, szpitalne lub pozaszpitalne) oraz działań stosowanych w grupie kontrolnej.

Kryteriami wyłączenia były poważne zaburzenia psychiczne lub somatyczne, które wpływają na zachowania związane z jedzeniem.

REZULTATY

Wybór prac badawczych do analizy

W wyniku przeszukiwania wymienionych baz uzyskano 421 wyników. Dodatkowo poprzez listy referencyjne wybranych artykułów zostały zidentyfikowane kolejne 4 pozycje. Suma wszystkich pozycji wyniosła 425. Po usunięciu duplikatów pozostały 342 artykuły. Podczas wstępnej selekcji tytułów i abstraktów wykluczono 273 rekordy – powodem tego był brak abstraktu albo tytuł lub abstrakt nie spełniały kryteriów wyszukiwania. 69 pełnotekstowych artykułów zostało poddanych krytycznej ocenie, z których 54 nie spełniło wszystkich kryteriów kwalifikowalności, zgodnych z wymogami włączenia opisanymi powyżej. W przypadku tego typu analiz ważne jest kontrolowanie tendencyjności doboru źródeł empirycznych. Bazy danych były przeszukiwane samodzielnie przez autorkę, ale aby zachować jak najwyższe standardy obiektywizmu, zostały przeprowadzone dwukrotnie. W I etapie wstępnie przeszukano literaturę – przegląd zakresowy, który pozwolił na dokładne zapoznanie się z zakresem literatury w wybranych bazach danych. II etap polegał na szczegółowej eksploracji literatury z zachowaniem kryteriów włączenia/wyłączenia oraz na identyfikacji badań włączonych do analizy. Z uwagi na nowatorski charakter badań doniesień naukowych dotyczących tego tematu jest bardzo niewiele. Ostatecznie do przeglądu systematycznego włączono 15 randomizowanych badań kontrolnych, które spełniły wszystkie kryteria włączenia. Rysunek 1 przedstawia schemat blokowy PRISMA opisujący proces selekcji i powody wykluczenia (Moher i in., 2009).

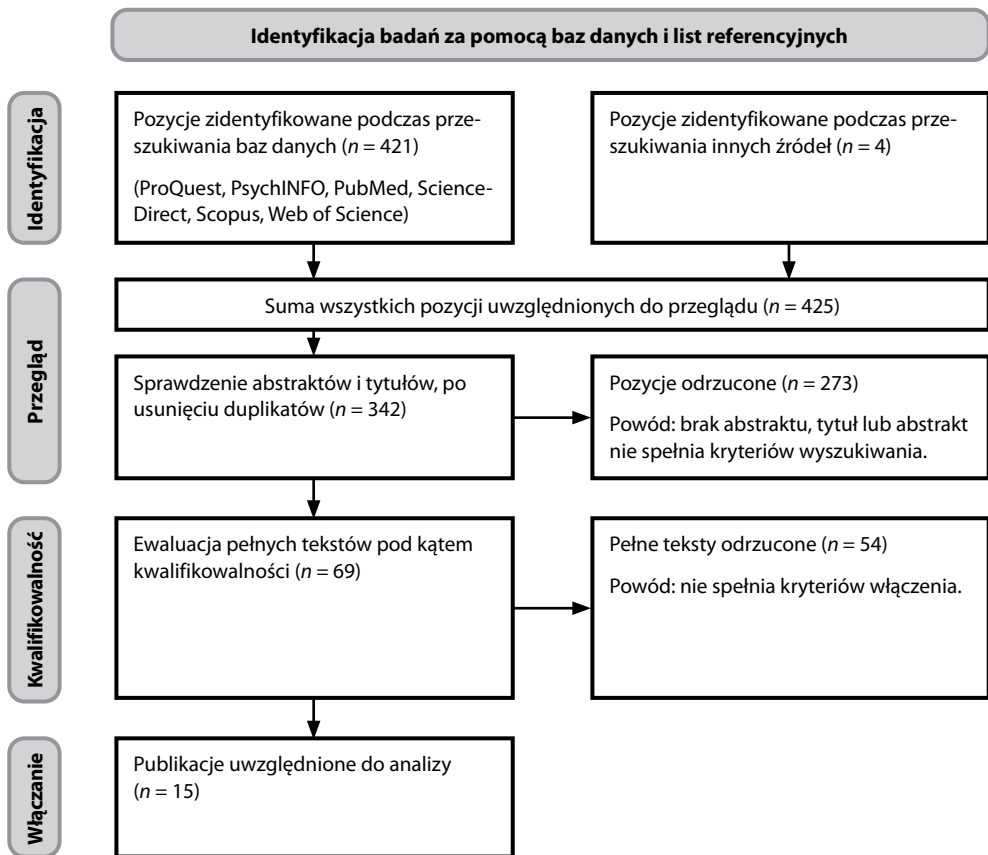
Charakterystyka wyłonionych prac badawczych

Większość badań dotyczyła programów profilaktycznych skierowanych do młodzieży lub młodych dorosłych. W 3 badaniach oceniano program profilaktyki uniwersalnej (zob. pozycja 1, 7, 10 w tabeli 1), w 5 badaniach – program profilaktyki selektywnej (zob. pozycja 3, 4, 12, 14, 15 w tabeli 1), a w 7 – program profilaktyki wskazującej (zob. pozycja 2, 5, 6, 8, 9, 11, 13 w tabeli 1).

W poszczególnych badaniach występowały znaczne różnice w wielkości próby, wahała się ona od 12 do 347 uczestników. Różny był też czas trwania i niejednolita treść programów. Liczba sesji w programach grupowych wynosiła od 1 do 72. Wszystkie badania zostały opublikowane w ciągu ostatnich 24 lat (1997–2021), przy czym 60% z nich została opublikowana w ciągu ostatnich 10 lat ($n = 9$) (zob. tabela 1, s. 88–92).

Charakterystyka interwencji w wyłonionych pracach badawczych

W 15 badaniach oceniono 8 różnych technik interwencyjnych. W 6 badaniach zastosowano protokół oparty na mindfulness (zob. pozycja 1, 3, 4, 7, 14, 15 w tabeli 1), w 2 wykorzystano jogę (zob. pozycja 8, 12 w tabeli 1), w 1 joga była dodatkiem do standardowej opieki szpitalnej (zob. pozycja 5 w tabeli 1), w 1 zastosowano terapię



Rysunek 1. Przepływ informacji przez poszczególne etapy przeglądu (Moher i in., 2009).

DMT w połączeniu z dotychczasowym leczeniem (zob. pozycja 13 w tabeli 1), w 1 był to program terapii multimodalnej w wykorzystaniu metody Feldenkraisa (zob. pozycja 9 w tabeli 1), w 1 zastosowano terapię poznawczo-behawioralną obrazu ciała i protokół Body Perception Treatment (zob. pozycja 2 w tabeli 1), w 1 standardowe leczenie ambulatoryjne w połączeniu z programem „Basic Body Awareness Therapy” (zob. pozycja 6 w tabeli 1), w 1 techniki relaksacyjne (zob. pozycja 11 w tabeli 1) i w 1 wykorzystano ćwiczenia aerobowe (zob. pozycja 10 w tabeli 1).

Charakterystyka narzędzi pomiarowych w wyłonionych pracach badawczych

W badaniach wykorzystano 28 różnych narzędzi pomiarowych.

Do oceny zaburzeń odżywiania wykorzystywano w prezentowanych badaniach 8 różnych narzędzi badawczych (zob. tabela 1), z czego najczęściej stosowano dwa (EDI, EDI-2, EDI-3) *Eating Disorder Inventory* ($N = 7$) oraz (EDE-Q) *Eating Disorder Examination Questionnaire* ($N = 5$).

Tabela 1

Charakterystyka badań włączonych do przeglądu

Poz.	Autorzy	Populacja	Interwencja	Grupa kontrolna	Metody pomiaru	Rezultaty
1.	Albertson, Neff, Dill-Shackleford, 2014	dorośle kobiety (N = 228): grupa eksperymentalna (N = 98), grupa kontrolna (N = 130)	codzienne 20-minutowe podcaсты mindfulness przez okres 3 tygodni	lista oczekujących	BSQ, BAS, SCS	↑ samowspółczucie ↑ docenianie własnego ciała ↑ poczucie własnej wartości i skuteczności ↓ niezadowolenie z własnego ciała ↓ wstyd ↓ warunkowa samoocena opartej na wyglądzie
2.	Artomi i in., 2021	pacjenci z zaburzeniami odżywiania (N = 182): grupa eksperymentalna (N = 91), grupa kontrolna (N = 91)	w programie terapeutyczno-rehabilitacyjnym prowadzono cotygodniową 60-minutową grupę Terapii Poznawczo-Behawioralnej Obrazu Ciała + uczestnictwo w the Body Perception Treatment protocol	w programie terapeutyczno-rehabilitacyjnym prowadzono cotygodniową 60-minutową grupę Terapii Poznawczo-Behawioralnej Obrazu Ciała (obserwowanie wewnętrznych doznań z ciała, kontrola oddechu)	SCL-90, EDI-3, BUT	↑ ogólny stan psychopatologiczny ↓ niepokój związany z ciałem
3.	Atkinson, Wade, 2015	dorastające dziewczęta (N = 347): grupa eksperymentalna 1 (N = 138), grupa eksperymentalna 2 (N = 108), grupa kontrolna (N = 97)	„The Body Project” według Sticé’a, zastosowano kluczowe aspekty mindfulness i praktyki opartej na akceptacji, szczególnie w odniesieniu do obrazu ciała, niektóre ćwiczenia zaadaptowano z MBCT	zwykłe zajęcia	EDE-Q, DEBQ-R, SATAQ-3, PANAS-X	↓ obawy związane z masą i kształtem ciała ↓ objawy prowadzące do zaburzeń odżywiania

ciąg dalszy tabeli 1

Poz.	Autorzy	Populacja	Interwencja	Grupa kontrolna	Metody pomiaru	Rezultaty
4.	Atkinson, Wade, 2016	dorastające dziewczęta ($N = 50$): grupa eksperymentalna 1 ($N = 17$), grupa eksperymentalna 2 ($N = 16$), grupa kontrolna ($N = 17$)	„The Body Project” wielugł Słuce’a i wsp., kluczowe aspekty mindfulness i praktyki opartej na akceptacji, szczególnie w odniesieniu do obrazu ciała, a niektóre ćwiczenia zaadaptowano z MBCT	zwykle zajęcia	EDE-Q, DEBQ-R, SATAQ-3, PANAS-X	↓ obawy związane z masą i kształtem ciała ↓ objawy prowadzące do zaburzeń odżywiania ↓ nieprzystosowanie psychospołeczne
5.	Carei, Fyfe-Johnson, Breuner, Brown, 2010	pacjenci z zaburzeniami odżywiania ($N = 53$): grupa eksperymentalna ($N = 26$), grupa kontrolna ($N = 27$)	standardowa opieka szpitalna + joga 2 razy w tygodniu przez 8 tygodni	standardowa opieka szpitalna	EDE, BMI, BDI, STAI Food	↓ zachowania związane z zaburzeniami odżywiania ↓ obawy przed jedzeniem po sesji jogi
6.	Catalan-Matamoros, Helvik-Skjaerven, Labajos-Manzanares, Martínez-de-Salazar-Arboleas, Sánchez-Guerrero, 2011	pacjentki ambulatoryjne z zaburzeniami odżywiania ($N = 28$): grupa eksperymentalna ($N = 14$), grupa kontrolna ($N = 14$)	standardowe leczenie ambulatoryjne + 12 sesji przez 7 tygodni „Basic Body Awareness Therapy” (Program składał się z podstawowych, prostych ruchów mających na celu doświadczenie równowagi posturalnej, uziemienia, koordynacji i uwolnienia oddychania)	standardowe leczenie ambulatoryjne	EDI-2 IA, BAT, EAT-40	↓ niezadowolenie z własnego ciała ↓ negatywna ocena rozmiaru ciała

ciąg dalszy tabeli 1

Poz.	Autorzy	Populacja	Interwencja	Grupa kontrolna	Metody pomiaru	Rezultaty
7.	Johnson, Burke, Brinkman, Wade, 2016	uczniowie ($N = 308$): grupa eksperymentalna ($N = 132$), grupa kontrolna ($N = 176$)	8 zajęć mindfulness przez 8 tygodni	zwykłe zajęcia	EDE-Q, DASS-21, SCS	brak istotnej poprawy w zakresie jakiegokolwiek wyniku po interwencji lub po zakończeniu obserwacji
8.	Karlsen, Vrabel, Bratland-Sanda, Ulleberg, Benum, 2018	osoby z rozpoznaniem BN lub EDNOS ($N = 38$): grupa eksperymentalna ($N = 18$), grupa kontrolna ($N = 12$)	zajęcia jogi 2 razy w tygodniu przez 11 tygodni	spotkania grupowe obejmujące aspekty żywienia, aktywności fizycznej i ED	Metody pomiaru: EDE, EDI-2	↑ ogólny stan psychopatologiczny
9.	Laumer, Bauer, Fichter, Milz, 1997	pacjenci kliniki zaburzeń odżywiania ($N = 30$): grupa eksperymentalna ($N = 15$), grupa kontrolna ($N = 15$)	9 sesji terapeutycznych „Świadomość poprzez ruch” metodą Feldenkraisa przez 5 tygodni + program terapii multimodalnej w klinice psychosomatycznej	program terapii multimodalnej w klinice psychosomatycznej	BCS, BPSS, FKF, EMI-B, ANIS, EDI	↑ zadowolenie z obszarów ciała, które są szczególnie problematyczne w zaburzeniach odżywiania (np. biodra/luda, pośladki) ↑ doświadczanie własnego ruchu i akceptacja własnego ciała ↑ ocena i postawa wobec własnego zdrowia ↑ dojrzałe zachowanie i przyjęcie odpowiedzialności ↓ chęć powrotu do dziecięcej zależności

ciąg dalszy tabeli 1

Poz.	Autorzy	Populacja	Interwencja	Grupa kontrolna	Metody pomiaru	Rezultaty
10.	Maurer i in., 2020	osoby zdrowe (N = 26): grupa eksperymentalna (N = 16), grupa kontrolna (N = 10)	3 razy w tygodniu przez 6 miesięcy ćwiczenia aerobowe	brak regularnych ćwiczeń aerobowych, tylko ocena	FKKS, PANAS, WPT, HPPT, PTol	↑ sprawność fizyczna ↑ nastroj ↑ próg bólu ↑ pozytywne postrzeganie własnego ciała
11.	McComb, Clopton, 2003	kobiety chore na bulimię (N = 12): grupa eksperymentalna (N = 6), grupa kontrolna (N = 6)	8 cotygodniowych 1,5-godzinnych sesji grupowych obejmujących zajęcia ruchowe, techniki relaksacyjne i trening autogenny	brak działań, tylko ocena	EDI-BD, EDI-DT, STAI, CSEI	↓ lęk
12.	Mitchell, Mazzeo, Rausch, Cooke, 2007	kobiety z problemami dotyczącymi obrazu ciała (N = 93): grupa eksperymentalna 1 (N = 33), grupa eksperymentalna 2 (N = 30), grupa kontrolna (N = 30)	6 cotygodniowych 45-minutowych sesji: interwencji opartej na dysonansie lub jodze i medytacji	brak działań, tylko ocena	EDDS, BES, EDI-BD, EDI-DT, STAI	brak istotnych różnic między grupą jogi a grupą kontrolną; istotne zmniejszenie zaburzeń odżywiania, dążenia do szczupłości, niezadowolenia z własnego ciała i lęku w grupie dysonansu w porównaniu z grupą jogi i grupą kontrolną
13.	Savidaki, Demirtoka, Rodriguez-Jiménez, 2020	pacjentki z zaburzeniami odżywiania (N = 14): grupa eksperymentalna (N = 7), grupa kontrolna (N = 7)	Terapia DMT + dotychczasowe leczenie	dotychczasowe leczenie	TAS-20, MBSRQ	↑ pozytywne postrzeganie własnego ciała ↑ świadomość ciała ↑ konstruowanie zdrowego obrazu ciała ↓ zaabsorbowanie wyglądem ↑ poczucie własnej wartości i skuteczności ↓ lęk ↓ stres

ciąg dalszy tabeli 1

Poz.	Autorzy	Populacja	Interwencja	Grupa kontrolna	Metody pomiaru	Rezultaty
14.	Toole, Craighead, 2016	kobiety z problemami dotyczącymi obrazu ciała ($N = 80$): grupa eksperymentalna ($N = 40$), grupa kontrolna ($N = 40$)	codzienna 25-minutowa medytacja przez 1 tydzień	brak działań, tylko ocena	BSQ, BAS, SCS	↑ pozytywne postrzeganie własnego ciała
15.	Wade, George, Atkinson, 2009	studentki ($N = 100$): grupa eksperymentalna ($N = 20$) i grupa kontrolna 1 ($N = 20$), grupa kontrolna 2 ($N = 20$), grupa kontrolna 3 ($N = 20$), grupa kontrolna 4 ($N = 20$)	pojedyncza 5-minutowa sesja mindfulness	(1) tylko ocena, (2) ruminacja, (3) dysonans poznawczy, (4) rozproszenie uwagi	EDI-BD	↑ satysfakcja z wyglądu

Adnotacja. Metody pomiaru: ANIS = Anorexia Nervosa Inventory for Self-Rating; BAS = Body Appreciation Scale; BAT = Body Attitude Test; BES = Body Esteem Scale; BDI = Beck Depression Inventory; BMI = Body Mass Index; BPSS = Body Parts Satisfaction Scale; BSQ = Body Shape Questionnaire; BUT = Body Uneasiness Test; CSEI = Coopersmith Self-Esteem Inventory; DASS-21 = Depression Anxiety Stress Scale; DEBQ-R = Dutch Eating Behaviour Questionnaire – Restraint; EAT-40 = Eating Attitude Test-40; EDDS = Eating Disorder Diagnostic Scale; EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire; EDI, EDI-2, EDI-3 = Eating Disorder Inventory; EDI-2 IA Eating Disorder Inventory – Interoceptive Awareness; EDI-BD = Eating Disorder Inventory III – Body Dissatisfaction; EDI-DT = Eating Disorder Inventory III – Drive for Thinness; EMI-B = Emotionalitätsinventar; FKE = Fragebogen zum Körperleben; HPT-WPT = warmth and heat pain thresholds; MBSRQ = Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire; PANAS = Positive and Negative Affect Schedule; PANAS-X = Positive and Negative Affect Schedule – Expanded; PTol = pain tolerance; SATAQ-3 = Socio-cultural Attitudes Toward Appearance Scale; SCL-90 = Symptom Checklist-90; SCS = Self-compassion Scale; STAI = Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale.

Kwestionariusz zaburzeń odżywiania (EDI) składa się z 64 itemów. Poszczególne itemy grupuje się w podskale, których jest 8, nie wylicza się wartości średniej dla całej skali.

Poszczególne podskale mierzą behawioralne i psychologiczne całości, które wyodrębnione zostały jako znaczące w zaburzeniach odżywiania się: (1) Dążenie do bycia szczupłym; (2) Bulimia; (3) Niezadowolenie z własnego ciała; (4) Nieefektywność; (5) Perfekcjonizm; (6) Nieufność w relacjach międzyludzkich; (7) Świadomość interoceptywna; (8) Obawy przed dojrzewaniem (Żechowski, 2008).

Kwestionariusz do badania zaburzeń odżywiania (EDE-Q) jest 28-itemowym narzędziem do samodzielnego wypełniania, zaadaptowanym z częściowo ustrukturalizowanego wywiadu *Eating Disorder Examination (EDE)*, zaprojektowanym w celu oceny zakresu i nasilenia cech związanych z zaburzeniami odżywiania. Składa się z 4 podskal: (1) Ograniczanie; (2) Niepokój związany z jedzeniem; (3) Niepokój związany z masą ciała (4) Niepokój związany z kształtem ciała (Carey i in., 2019).

W prezentowanych badaniach ocena zaburzeń obrazu ciała została określona przy użyciu 12 różnych narzędzi badawczych (zob. tabela 1). Najczęściej ($N = 3$) wykorzystywana była podskala *Eating Disorder Inventory – Body Dissatisfaction (EDI-BD)*, składająca się z 10 pozycji określających niezadowolenie z ogólnego kształtu i wielkości części ciała, szczególnie istotnych dla osób z zaburzeniami odżywiania (tj. brzuch, biodra, uda, pośladki) (Castellano i in., 2021).

Do oceny towarzyszących zaburzeń emocjonalnych oraz zaburzeń nastroju wykorzystywano w prezentowanych badaniach 10 różnych narzędzi badawczych (zob. tabela 1). Najczęściej stosowanym narzędziem był (STAI) Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory ($N = 3$), składający się z dwóch podskal, z których jedna (X-1) służy do pomiaru lęku-stanu, a druga (X-2) – lęku-cechy, każda podskala składa się z 20 pozycji (Julian, 2011).

Zastosowano też dwa narzędzia pomiarowe intensywności wrażeń sensorycznych: (HPT-WPT) Pomiary proggu wrażliwości na ciepło i proggu bólu spowodowanego ciepłem oraz (PTol) służącego do określenia tolerancji bólu.

Charakterystyka skuteczności metod pracy z ciałem w wyłonionych pracach badawczych

Ogółem 87% włączonych badań (13 badań z 15) wykazało znaczącą redukcję przynajmniej jednego czynnika ryzyka zaburzeń odżywiania lub poprawę przynajmniej jednego czynnika ochronnego wśród uczestników.

Cechy osobowości i zachowania skorelowane z zaburzeniami odżywiania.

W badaniach zaobserwowano zmiany stanu psychicznego w relacji do cech osobowości. Najczęściej opisywane zmiany dotyczyły obniżenia poziomu zachowań związanych z zaburzeniami odżywiania, podniesienia poziomu poczucia własnej wartości i skuteczności oraz obniżenia poziomu lęku i stresu. Szczegóły dotyczące kierunków zmian zaprezentowano w tabeli 1.

Obraz ciała – akceptacja ciała. Najczęściej obserwowane zmiany dotyczyły konstruowania zdrowego obrazu ciała, objawiającego się wzrostem świadomości ciała oraz pozytywnym jego postrzeganiem. Badania umożliwiły stwierdzenie, że praca z ciałem pozwoliła obniżyć poziom niezadowolenia z ciała oraz zredukować poziom zaabsorbowania wyglądem. Szczegóły na temat kierunków zmian przedstawiono w tabeli 1.

DYSKUSJA

Główne wnioski

Celem niniejszego przeglądu była ocena wpływu programów terapeutycznych zaburzeń odżywiania opartych na metodach pracy z ciałem na czynniki ryzyka i czynniki chroniące związane z rozwojem choroby. W badaniu uwzględniono programy uniwersalne, selektywne i wskazujące oraz porównano ich skuteczność z grupami kontrolnymi.

Oceniane interwencje zawierały w sobie komponent obrazu ciała (BI), który jest ważnym czynnikiem wpływającym na efekt terapeutyczny i ewentualne nawroty choroby u pacjentów zmagających się z zaburzeniami odżywiania. Analizowane badania obejmowały: metodę mindfulness, jogę, terapię DMT, metodę Feldenkraisa, protokół *Body Perception Treatment*, program „Basic Body Awareness Therapy”, techniki relaksacyjne i ćwiczenia aerobowe.

Przegląd wykazał, że programy oparte na metodach pracy z ciałem, w porównaniu z grupami kontrolnymi, były skuteczne w redukowaniu czynników ryzyka (obawy związane z obrazem ciała i negatywny afekt) i promowaniu czynników ochronnych (docenianie ciała). Na podstawie analizy badań zawartych w tym przeglądzie można jednak stwierdzić, że zarówno dodanie metod pracy z ciałem do podstawowej formy terapii (poznawczo-behawioralnej i/lub farmakologicznej), jak i stosowanie terapii zorientowanej na ciało jako samodzielnej metody leczenia lub profilaktyki może prowadzić do znaczącego zmniejszenia objawów zaburzeń odżywiania. Mechanizmy te wymagają jednak bardziej dogłębnego zbadania.

Ograniczenia

Istnieje duża różnorodność metod pracy z ciałem, a ten rodzaj interwencji jest stosunkowo nowy w profilaktyce i leczeniu zaburzeń odżywiania. Dlatego też, biorąc pod uwagę wstępny charakter przeglądu i ograniczoną liczbę dostępnych badań, należy zachować ostrożność w interpretacji wyników.

Psychoterapia zorientowana na ciało obejmuje szereg różnych podejść i protokołów, co powoduje trudność w standaryzacji terapii i porównywaniu skuteczności. Powodem niejednorodności są różne treści programowe, czas trwania interwencji w poszczególnych badaniach, zróżnicowanie populacji oraz zastosowanie różnych narzędzi do pomiaru tych samych wartości. Dodatkowo istnieją różnice w sposobie

prowadzenia tych interwencji, co może mieć istotne implikacje dla formy programów. Ponadto dowody na skuteczność obejmują pojedyncze badania, którym brak replikacji. Należy również zaznaczyć, że powyższe wyniki odnoszą się do oceny po interwencji i że podobnych efektów nie badano podczas długoterminowej obserwacji.

Aby lepiej zrozumieć, w jaki sposób interwencje oparte na metodach pracy z ciałem mogą być stosowane w profilaktyce i terapii zaburzeń odżywiania, potrzeba więcej badań o wyższej jakości.

Przyszłe kierunki

Jak sugeruje Röhricht (Röhricht, 2009), ważne jest, aby powszechnie stosowane metody, jakkolwiek promowane przez praktyków, miały potwierdzoną empirycznie skuteczność. Prowadzone badania pozwolą lepiej zrozumieć proces terapeutyczny, co może w przyszłości pozwolić na to, aby psychoterapia zorientowana na ciało stała się jedną z głównych metod w opiece klinicznej, obok takich podejść jak psychoterapia psychodynamiczna czy poznawczo-behawioralna.

W przyszłości istotne byłoby bezpośrednie porównanie wpływu konkretnych typów interwencji na czynniki ryzyka i czynniki chroniące. Dodatkowo, obserwując rozwój terapii zintegrowanych (np. CBT + terapia zorientowana na ciało), korzystne byłoby też przeprowadzenie większej liczby badań oceniających efekty tego typu programów. Planując tego typu badania, warto wziąć pod uwagę ocenę długoterminowej skuteczności.

Co być może najważniejsze, badania nad metodami pracy z ciałem muszą obejmować zarówno nauki społeczne, jak i medyczne, ponieważ opieranie się na koncepcjach i narzędziach badawczych z jednej dziedziny jest lekceważeniem wkładu metodologii innych dziedzin nauki.

Konkluzje

Niniejszy przegląd pozwolił odkryć dowody na skuteczność programów profilaktyki i terapii zaburzeń odżywiania opartych na metodach pracy z ciałem. Wnioski, które można wyciągnąć, są ograniczone z powodu małej liczby dostępnych badań, ale wyniki przeglądu sugerują, że programy terapeutyczne zorientowane na ciało mogą redukować czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania oraz intensyfikować czynniki chroniące. Konieczne są dalsze badania w celu określenia, które rodzaje interwencji są najbardziej skuteczne w określonych grupach pacjentów i jakie mechanizmy działania leżą u podstaw tych efektów.

BIBLIOGRAFIA

- Albertson, E., Neff, K., Dill-Shackleford, K. (2015). Self-Compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention. *Mindfulness*, 6, 444–454. DOI: 10.1007/s12671-014-0277-3.

- Alleva, J. M., Sheeran, P., Webb, T. L., Martijn, C., Miles, E. (2015). A Meta-Analytic Review of Stand-Alone Interventions to Improve Body Image. *PLoS One*, *10*(9), e0139177. DOI: 10.1371/journal.pone.0139177.
- Allmer, C., Ventegodt, S., Kandel, I., Merrick, J. (2009). Positive effects, side effects, and adverse events of clinical holistic medicine. A review of Gerda Boyesen's nonpharmaceutical mind-body medicine (biodynamic body-psychotherapy) at two centers in the United Kingdom and Germany. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *21*(3), 281–297. DOI: 10.1515/ijamh.2009.21.3.281.
- Artoni, P., Chierici, M. L., Arnone, F., Cigarini, C., Bernardis, E. de, Galeazzi, G. M., ... Pingani, L. (2021). Body perception treatment, a possible way to treat body image disturbance in eating disorders: A case–control efficacy study. *Eating and Weight Disorders*, *26*(2), 499–514. DOI: 10.1007/s40519–020–00875-x.
- Atkinson, M. J., Wade, T. D. (2015). Mindfulness-based prevention for eating disorders: A school-based cluster randomized controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, *48*(7), 1024–1037. DOI: 10.1002/eat.22416.
- Atkinson, M. J., Wade, T. D. (2016). Does mindfulness have potential in eating disorders prevention? A preliminary controlled trial with young adult women. *Early Intervention in Psychiatry*, *10*(3), 234–245. DOI: 10.1111/eip.12160.
- Bachner-Melman, R., Zohar, A. H., Ebstein, R. P. (2006). An examination of cognitive versus behavioral components of recovery from anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *194*(9), 697–703. DOI: 10.1097/01.nmd.0000235795.51683.99.
- Berkman, N. D., Lohr, K. N., Bulik, C. M. (2007). Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, *40*(4), 293–309. DOI: 10.1002/eat.20369.
- Bulik, C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., Lohr, K. N. (2007). Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, *40*(4), 310–320. DOI: 10.1002/eat.20367.
- Carei, T. R., Fyfe-Johnson, A. L., Breuner, C. C., Brown, M. A. (2010). Randomized controlled clinical trial of yoga in the treatment of eating disorders. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *46*(4), 346–351. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.08.007.
- Carey, M., Kupeli, N., Knight, R., Troop, N. A., Jenkinson, P. M., Preston, C. (2019). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms and psychometric properties in U.K. Females and males. *Psychological Assessment*, *31*(7), 839–850. DOI: 10.1037/pas0000703.
- Carey, M., Preston, C. (2019). Investigating the Components of Body Image Disturbance Within Eating Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 635. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00635.
- Carter, J. C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K., Woodside, D. B. (2004). Relapse in anorexia nervosa: A survival analysis. *Psychological Medicine*, *34*(4), 671–679. DOI: 10.1017/S0033291703001168.
- Castellano, S., Rizzotto, A., Neri, S., Currenti, W., Guerrera, C. S., Pirrone, C., ... Di Corrado, D. (2021). The Relationship between Body Dissatisfaction and Eating Disorder Symptoms in Young Women Aspiring Fashion Models: The Mediating Role

- of Stress. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 11(2), 607–615. DOI: 10.3390/ejihpe11020043.
- Catalan-Matamoros, D., Helvik-Skjaerven, L., Labajos-Manzanares, M. T., Martínez-de-Salazar-Arboleas, A., Sánchez-Guerrero, E. (2011). A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25(7), 617–626. DOI: 10.1177/0269215510394223.
- Cruz-Sáez, S., Pascual, A., Włodarczyk, A., Echeburúa, E. (2020). The effect of body dissatisfaction on disordered eating: The mediating role of self-esteem and negative affect in male and female adolescents. *Journal of Health Psychology*, 25(8), 1098–1108. DOI: 10.1177/1359105317748734.
- Dakanalis, A., Gaudio, S., Serino, S., Clerici, M., Carrà, G., Riva, G. (2016). Body-image distortion in anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*, 2(1), 1–2. DOI: 10.1038/nrdp.2016.26.
- Duncan, A. E., Ziobrowski, H. N., Nicol, G. (2017). The Prevalence of Past 12-Month and Lifetime DSM-IV Eating Disorders by BMI Category in US Men and Women. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 25(3), 165–171. DOI: 10.1002/erv.2503.
- Farrell, C., Lee, M., Shafran, R. (2005). Assessment of body size estimation: a review. *European Eating Disorders Review*, 13(2), 75–88. DOI: 10.1002/erv.622.
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E., Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: A comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*, 9, 67. DOI: 10.1186/1471-244X-9-67.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders – results of a large prospective clinical longitudinal study. *The International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391–401. DOI: 10.1002/eat.22501.
- Freud, S., Kempnerówna, S., Zaniewicki, W. (2017). *Wstęp do psychoanalizy* (wyd. popr. i uzup. na podst. wyd. 1, dodruk). *Biblioteka Europejska*. Kęty: Wydawnictwo Marek Derewiecki.
- Glashouwer, K. A., van der Veer, R. M. L., Adipatria, F., Jong, P. J. de, Vocks, S. (2019). The role of body image disturbance in the onset, maintenance, and relapse of anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 74, 101771. DOI: 10.1016/j.cpr.2019.101771.
- Heller, M. (2012). *Basic concepts and methods in body psychotherapy: A textbook*. New York, London: W.W. Norton.
- Johnson, C., Burke, C., Brinkman, S., Wade, T. (2016). Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 81, 1–11. DOI: 10.1016/j.brat.2016.03.002.
- Julian, L. J. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research*, 63 Suppl 11, 467–72. DOI: 10.1002/acr.20561.
- Junne, F., Wild, B., Resmark, G., Giel, K. E., Teufel, M., Martus, P., ... Zipfel, S. (2019). The importance of body image disturbances for the outcome of outpatient psychotherapy in patients with anorexia nervosa: Results of the ANTOP-study. *European*

- Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 27(1), 49–58. DOI: 10.1002/erv.2623.
- Karlsen, K. E., Vrabel, K., Bratland-Sanda, S., Ulleberg, P., Benum, K. (2018). Effect of Yoga in the Treatment of Eating Disorders: A Single-blinded Randomized Controlled Trial with 6-Months Follow-up. *International Journal of Yoga*, 11(2), 166–169. DOI: 10.4103/ijoy.IJOY_3_17.
- Katon, W., Sullivan, M., Walker, E. (2001). Medical symptoms without identified pathology: Relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Annals of Internal Medicine*, 134(9 Pt 2), 917–925. DOI: 10.7326/0003-4819-134-9_Part_2-200105011-00017.
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Franko, D. L., Jackson, S. C., Herzog, D. B. (2005). Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2263–2268. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.12.2263.
- Laumer, U., Bauer, M., Fichter, M., Milz, H. (1997). Therapeutic effects of the Feldenkrais method (awareness through movement) in eating disorders. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 47(5), 170–180.
- Leitan, N. D., Murray, G. (2014). The mind-body relationship in psychotherapy: grounded cognition as an explanatory framework. *Frontiers in Psychology*, 5. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00472.
- Levine, M. P., Smolak, L. (2016). The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating. *Eating Disorders*, 24(1), 39–46. DOI: 10.1080/10640266.2015.1113826.
- Lewis-Smith, H., Diedrichs, P. C., Halliwell, E. (2019). Cognitive-behavioral roots of body image therapy and prevention. *Body Image*, 31, 309–320. DOI: 10.1016/j.bodyim.2019.08.009.
- Maurer, A., Deckert, S., Levenig, C., Schörkmaier, T., Stangier, C., Attenberger, U., ... Boecker, H. (2020). Body Image Relates to Exercise-Induced Antinociception and Mood Changes in Young Adults: A Randomized Longitudinal Exercise Intervention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18). DOI: 10.3390/ijerph17186801.
- McComb, J. J., Clopton, J. R. (2003). The effects of movement, relaxation, and education on the stress levels of women with subclinical levels of bulimia. *Eating Behaviors*, 4(1), 79–88. DOI: 10.1016/S1471-0153(02)00094-6.
- Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Rausch, S. M., Cooke, K. L. (2007). Innovative interventions for disordered eating: Evaluating dissonance-based and yoga interventions. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 120–128. DOI: 10.1002/eat.20282.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000097.
- Naivar Sen, C. K., Gurleyik, D., Psouni, E. (2020). The Role of Physical Activity on Parental Rejection and Body Image Perceptions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7). DOI: 10.3390/ijerph17072176.
- Omiwole, M., Richardson, C., Huniewicz, P., Dettmer, E., Paslakis, G. (2019). Review of Mindfulness-Related Interventions to Modify Eating Behaviors in Adolescents. *Nutrients*, 11(12). DOI: 10.3390/nu11122917.

- Piran, N. (2015). New possibilities in the prevention of eating disorders: The introduction of positive body image measures. *Body Image, 14*, 146–157. DOI: 10.1016/j.bodyim.2015.03.008.
- Rekkers, M. E., Scheffers, M., van Busschbach, J. T., van Elburg, A. A. (2021). Measuring body satisfaction in women with eating disorders and healthy women: Appearance-related and functional components in the Body Cathexis Scale (Dutch version). *Eating and Weight Disorders: EWD, 26*(8), 2665–2672. DOI: 10.1007/s40519-021-01120-9.
- Röhricht, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 4*(2), 135–156. DOI: 10.1080/17432970902857263.
- Savidaki, M., Demirtoka, S., Rodríguez-Jiménez, R.-M. (2020). Re-inhabiting one's body: A pilot study on the effects of dance movement therapy on body image and alexithymia in eating disorders. *Journal of Eating Disorders, 8*, 22. DOI: 10.1186/s40337-020-00296-2.
- Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I. C., Dingemans, A., Ehrlich, S., ... Zipfel, S. (2016). Eating disorders: the big issue. *The Lancet Psychiatry, 3*(4), 313–315. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00081-X.
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 35*(1), 93–101. DOI: 10.1002/eat.10228.
- Stice, E., Onipede, Z. A., Marti, C. N. (2021). A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset. *Clinical Psychology Review, 87*, 102046. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102046.
- Stice, E., Shaw, H., Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 207–231. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447.
- Thompson, J. (2004). The (mis)measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image, 1*(1), 7–14. DOI: 10.1016/S1740-1445(03)00004-4.
- Toole, A. M., Craighead, L. W. (2016). Brief self-compassion meditation training for body image distress in young adult women. *Body Image, 19*, 104–112. DOI: 10.1016/j.bodyim.2016.09.001.
- Troisi, A. (2020). Body Image and Body Dissatisfaction. W: A. Troisi (Ed.), *Bariatric Psychology and Psychiatry* (s. 33–39). Cham: Springer International Publishing. DOI: 10.1007/978-3-030-44834-9_4.
- Wade, T., George, W. M., Atkinson, M. (2009). A randomized controlled trial of brief interventions for body dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(5), 845–854. DOI: 10.1037/a0016879.
- Wang, K., Liang, R., Ma, Z.-L., Chen, J., Cheung, E. F. C., Roalf, D. R., ... Chan, R. C. K. (2018). Body image attitude among Chinese college students. *PsyCh Journal, 7*(1), 31–40. DOI: 10.1002/pchj.200.
- Westmoreland, P., Krantz, M. J., Mehler, P. S. (2016). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine, 129*(1), 30–37. DOI: 10.1016/j.amjmed.2015.06.031.

- Young, C. (2008). The history and development of Body-Psychotherapy: The American legacy of Reich. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 3(1), 5–18. DOI: 10.1080/17432970701717783.
- Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099–1111. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00356-9.
- Żechowski, C. (2008). Polska wersja Kwestionariusza zaburzeń odżywiania (EDI) – adaptacja i normalizacja [Polish version of Eating Disorder Inventory – Adaptation and normalization]. *Psychiatria Polska*, 42(2), 179–193.