



Paulina Majewska*, Krystyna Boroń-Krupińska,
Joanna Szczepańska-Gieracha
AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO WE WROCŁAWIU

ŚWIADOMOŚĆ CIAŁA U DZIEWCZĄT Z ANOREKSJĄ

Abstract

Body awareness in girls with anorexia

Background. Anorexia nervosa is an eating disorder consisting in weight loss caused intentionally by the patient. The condition mainly occurs in adolescent girls. Its core feature is body image disturbances which lead to psychopathological symptoms manifested as intrusive thoughts about weight gain. **Material and methods.** The aim of the study was to examine body image in the group of 17 girls suffering from anorexia nervosa treated in the Department of Child and Adolescent Psychiatry in Wrocław. The average age of the sample was 15 years. Body image was analyzed using the self-assessment Body-Esteem Scale (based on Franzoi and Shields, 1984) and a questionnaire (developed by the authors) concerning the patient's subjective assessment of the size and shape of their body, feelings and thoughts in relation to their own body, satisfaction with their appearance and whether they had any authorities. **Results.** Descriptive statistics was used to analyze the data. Most of the girls expressed a negative attitude to their own bodies and assessed the size of their silhouettes as much larger than they really are. Noted decreased satisfaction with the appearance of particular parts of the body such as the abdomen, buttocks, thighs while the respondents generally expressed a positive attitude to the appearance of their face. **Conclusions.** The study confirmed distorted body image in girls suffering from anorexia. The vast majority of respondents perceived their bodies bigger than they were, expressed a negative attitude to it and were not pleased with their body weight.

Key words: anorexia, body awareness, body image, body schema

Słowa kluczowe: anoreksja, świadomość ciała, obraz ciała, schemat ciała

WPROWADZENIE

Jadłowstręt psychiczny (anoreksja), według klasyfikacji ICD-10 (2000), należy do specyficznych zaburzeń odżywiania i polega na celowym zmniejszaniu masy ciała, wywołanym i podtrzymywanym przez chorego, którego obraz własnego ciała jest nieprawidłowy. Wraz z postępem choroby mogą pojawić się objawy depresji czy wycofania społecznego (Bator i wsp. 2011). Osoba chora na anoreksję sukcesywnie dąży do utraty masy ciała poprzez ograniczenie spożycia pokarmu, często połączone z nadmierną aktywnością fizyczną oraz eskalacją lęku przed otyłością (Dobrzyńska i Rymaszewska 2006).

Anoreksja dotyka 10–20 razy częściej dziewczęta niż chłopców (Scully 1998). Zaburzenie występuje zazwyczaj między 12.

a 35. rokiem życia (Hindler i wsp. 1994). Obecnie anoreksja dotyczy głównie nastolatek wywodzących się ze średniej i wyższej klasy społecznej, które zgodnie z ogólnie przyjętym kanonem kulturowym i społecznym wykazują nadmierne zainteresowanie własnym ciałem i wyglądem. Schorzenie może pojawić się jako epizod lub mieć charakter przewlekły z okresami remisji i nawrotów (Herzog i wsp. 1992). Jest chorobą o wysokim wskaźniku śmiertelności – wynoszącym około 10% (Cameron 2004). Jeśli wziąć pod uwagę uwarunkowania geograficzne, najczęściej odnotowuje się ją w Europie Zachodniej, Ameryce Północnej, Japonii oraz wśród społeczności białej rasy Afryki Południowej (Joško i Kamecka-Krupa 2007).

Jadłowstręt psychiczny nierzadko rozwija się w sposób trudny do zdiagnozowania. Przed wystąpieniem pełnoobjawowej anoreksji chorzy nadmiernie koncentrują się na swoim ciele oraz jego wymiarach. Nieza-

* Autor korespondencyjny

dowolenie z własnego wyglądu powoduje, że poświęcają oni coraz więcej uwagi diecie, unikają jedzenia posiłków, pogarszają się ich relacje rodzinne i narasta izolacja. Podstawowy objaw anoreksji to spadek wskaźnika masy ciała BMI 15% poniżej prawidłowej wartości dla danej grupy wiekowej, błędne postrzeganie wyglądu swojego ciała oraz lęk przed wzrostem masy i obsesyjne jej kontrolowanie. Przewlekłe niedożywienie wywołuje utrzymujące się przez długi okres zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne, które prowadzą do uszkodzenia czynności i/lub struktury wszystkich narządów (Śmiech i Rabe-Jabłońska 2006). Na podstawie badań neuroobrazowych przeprowadzanych u chorych na anoreksję wykazano zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, na skutek których dochodzi do zaburzeń koncentracji, zmniejszenia zainteresowania światem zewnętrznym i odosobnienia (Śmiech i Rabe-Jabłońska 2006).

Stwierdzono, że u osób chorych na anoreksję występuje brak poczucia choroby. U wielu z nich można zaobserwować urojenia związane ze stanem fizycznym, przekonanie o nadwadze, gdy mają znaczną niedowagę. Zaburzenia percepcji oraz zaburzone postrzeganie własnego ciała, jego wielkości oraz kształtu, powodują, że chorzy widzą swoje ciało jako większe, niż jest ono w rzeczywistości (Powers i wsp. 2005). Etiologia jadłowstrętu psychicznego jest wieloczynnikowa i pomimo wielu badań dotąd nie została dokładnie poznana. Etiopatogenezę i patomechanizm anoreksji opisują teorie psychoanalityczne, rozwojowe oraz systemowe. Najczęściej odnoszą się one do nieprawidłowości w funkcjonowaniu rodziny oraz predyspozycjach biologicznych. Rozwój choroby związany jest przede wszystkim z mechanizmami psychologicznymi, natomiast obraz kliniczny może obejmować wszystkie narządy. Zaburzenia odżywiania nierozdzielnie łączą się z wewnętrznymi konfliktami, problemami emocjonalnymi oraz potrzebą określenia własnej tożsamości.

Do czynników ryzyka wystąpienia anoreksji zalicza się czynniki biologiczne, kulturowo-społeczne, indywidualne, psychologiczne oraz socjalno-ekonomiczne. Oddziaływania kulturowo-społeczne, m.in. uznanie dbałości o ciało za gwarancję zdrowia, sprawiają, że

idea szczupłej sylwetki jest obecna i wywiera duży wpływ na współczesne społeczeństwo. Dzisiaj dzieci czerpią wzorce z mass mediów. Szczupła sylwetka oznacza nie tylko zdrowie, ale stanowi również wyznacznik wartości człowieka. Z założenia osoba, której sylwetka jest atrakcyjna, ma większe szanse na osiągnięcie sukcesu, szczupłej sylwetce przypisuje się nadmiernie pozytywne znaczenie (Joško i Kamecka-Krupa 2007).

Czynniki indywidualne sprzyjające występowaniu jadłowstrętu psychicznego to cechy charakterystyczne dla typów osobowości, takich jak: obsesyjno-kompulsywna, histrioniczna i schizoidalna (Scully 1998). Wśród czynników osobowościowych wymienia się wiele typowych cech obecnych w zachowaniu. Podczas wyodrębniania cech u osób z zaburzeniami odżywiania powstaje pytanie, które z tych cech były dla nich specyficzne przed wystąpieniem choroby, a które pojawiły się w jej wyniku. Na podstawie badań i obserwacji populacji pacjentek chorych na anoreksję można wyróżnić wiele cech, które związane są z zaburzeniami (Ziółkowska 2001). U większości osób z zaburzeniami odżywiania odnotowuje się duże skupienie uwagi na własnych osiągnięciach. Przed wystąpieniem choroby osobom tym można przyporządkować takie cechy, jak: pracowitość, dokładność, obowiązkowość (Wolska 1999). Wykazują one skłonność do perfekcjonizmu, a zarazem ich działaniom towarzyszy niezadowolone, niepewność i lęk przed niepowodzeniem. Zauważalną cechą stanowi zaniżona samoocena oraz zaburzona struktura ja. Cechy te przyczyniają się do problemów w sferze społecznej i powodują dystans w kontaktach interpersonalnych. Często widoczna jest izolacja i wycofanie się z życia społecznego (Joško i Kamecka-Krupa 2007).

Obniżona samoocena wpływa na zewnętrzne umiejscowienie kontroli nad otoczeniem. Osoby o zewnętrznym poczuciu kontroli mają mniej wiary w możliwość wywierania wpływu na własne życie, ich postawa jest bierna, łatwo ulegają wpływom środowiska i starają się spełniać społeczne oczekiwania. Osoby z zaburzeniami odżywiania nie akceptują siebie oraz swojego ciała. Wraz z dużą potrzebą sukcesów występuje u nich nieustanne niezadowolone z osiągniętych rezultatów. Wysoki poziom

niepewności i niewiary we własne możliwości powoduje dużą zależność emocjonalną od rodziców. Spostrzeganie swojego życia jako kontrolowanego z zewnątrz sprawia, że istniejąca u każdego człowieka potrzeba niezależności jest u chorych na anoreksję realizowana w sferze związanej z jedzeniem. Stosowanie rygorystycznej diety daje im poczucie kontroli nad swoim życiem, na tym jednym elemencie budują swoje poczucie wartości (Joško i Kamecka-Krupa 2007).

Etiologię jadłowstrętu psychicznego mogą wyjaśniać teorie psychologiczne: obawa przed podjęciem ról seksualnych, relacja między dzieckiem a rodzicami oraz model systemu rodzinnego. Teoria obawy przed podjęciem ról seksualnych w swoim rozwinięciu skupia się na zaprzestaniu jedzenia jako sposobie powstrzymującym proces dojrzewania i jest formą obrony przed podjęciem ról seksualnych, miesiączką i ciążą. Kolejna teoria transakcyjna podkreśla znaczenie poprawnych relacji rodzice–dziecko i wskazuje, że zmiany w rodzinie mogą prowadzić do odmowy jedzenia, co ma na celu spowodowanie wzrostu koncentracji uwagi rodziców na dziecku. Ostatnia teoria ma związek z modelem systemu rodzinnego, w którym najważniejszy aspekt stanowi rodzaj istniejącego w danej rodzinie schematu. W rodzinach autorytarnych chęć dojrzewającej młodej osoby do uzyskania niezależności i samodzielności jest uznawana za naruszenie równowagi systemu rodzinnego. Zbyt troskliwa opieka w tych rodzinach nie pozwala na uzyskanie samokontroli i emancypacji. Objawy jadłowstrętu przyczyniają się do regresu okresu adolescencji – młody człowiek dąży do pozostania w roli sprzed okresu dojrzewania i w ten sposób dostosowuje się do narzuconego systemu rodzinnego (Scully 1998).

Istotne dla ryzyka wystąpienia jadłowstrętu psychicznego są czynniki socjalno-ekonomiczne dotyczące rodzin pozostających w dobrej sytuacji materialnej (Kiejna i Małyszczak 2009). Specyficzne wzorce relacji w rodzinie oraz określone sposoby funkcjonowania rodzin osób chorych na jadłowstręt psychiczny zwracają uwagę wielu badaczy jako element predysponujący do tej choroby. Szczegółne sposoby funkcjonowania rodzin osób z anoreksją opisał Minuchin (Joško i Kamecka-Krupa 2007). Są to: usidle-

nie, nadopiekuńczość, sztywność, wciąganie dzieci w konflikt małżeński. Usidlenie można zauważyć, gdy relacje między członkami rodziny zacieśniają się, wszyscy członkowie są ze sobą bardzo związani, a zarazem każdy jest samotny. Wytwarza się silne poczucie lojalności, chociaż członkowie rodziny tak naprawdę nie są sobie bliscy. Głównym zadaniem członków rodziny jest troszczenie się o siebie nawzajem, zarówno rodzice, jak i dzieci wzajemnie nadmiernie angażują się w swoje sprawy, co zabiera autonomię i indywidualność. Zatarłe są granice między rolami odgrywanymi przez poszczególnych członków rodziny.

Następnym sposobem funkcjonowania rodziny wyróżnionym przez Liebmana i wsp. (1974) jest nadopiekuńczość. W takich rodzinach wszyscy chcą dla siebie jak najlepiej, panuje w nich przekonanie, że świat zewnętrzny jest niebezpieczny. Aby uchronić się przed niebezpieczeństwami, członkowie rodziny powinni trzymać się razem, czego następstwem jest nadopiekuńczość rodziców, ograniczająca rozwój osobowości i autonomię dziecka. W rodzinach sztywnych natomiast utworzone są ścisłe zasady. W chwili pojawienia się sytuacji zmuszającej do zmian członkowie tej rodziny nie są w stanie sobie poradzić. Głównym celem tych rodzin jest unikanie konfliktów i dbanie o harmonię. Otwarta rozmowa o problemach staje się zagrożeniem i nie jest pożądana. Problemy ignoruje się lub przemilcza, nie mówi się o nich wprost, a konflikty są nierozwiązywane.

Badaniami nad rodzinami osób chorujących na anoreksję zajmowała się również Selvini Palazzoli (1985), według której musi wystąpić znaczna liczba czynników, aby pojawił się symptom anorektyczny. Czynniki te podzieliła na grupy: do jednej zaliczyła te, które związane są z modelem kultury zachodniej (pożądanie szczupłej sylwetki), a do drugiej – te, które łączą się ze sposobem rozwiązywania problemów przez rodzinę (wzajemne obarczanie się odpowiedzialnością). W rodzinach chorych może pojawić się przedkładanie więzi z dzieckiem nad relacje małżeńskie, kiedy związek rodziców opiera się na dbałości o dzieci, lub może występować odmienny model, gdy rodzice poświęcają swoim dzieciom mało czasu, są surowi, mało czuli oraz przeciwni niezależności dorastającego po-

tomstwa. Wśród elementów charakterystycznych dla rodziców chorych na anoreksję zauważono starszy wiek rodziców w chwili urodzenia się dziecka oraz brak któregoś z rodziców (Joško i Kamecka-Krupa 2007).

Ponieważ etiologia jadłowstrętu psychicznego jest niejasna i wieloczynnikowa, a rozwój choroby oparty na mechanizmach psychologicznych, w leczeniu niezbędne okazuje się holistyczne podejście i połączenie różnorodnych form terapii. Szerokie spektrum objawów wymaga specjalistycznej opieki internisty, pediatry, endokrynologa, psychiatry, dietetyka oraz terapeutów. Ze względu na wielopłaszczyznowy obraz choroby, jej przewlekły przebieg, wysoki wskaźnik śmiertelności oraz silny związek choroby z funkcjonowaniem rodziny i pacjenta znane i stosowane metody leczenia często są mało skuteczne (Beumont i Touyz 2003). Obecny model leczenia anoreksji jest kilkietapowy i wymaga interwencji różnych specjalistów. Pierwsza faza leczenia skupia się na działaniach ratujących życie, tj. przeciwdziałaniu odwodnieniu, zaburzeniom elektrolitów oraz wyniszczeniu organizmu. Następne kroki to przywrócenie prawidłowej masy ciała i zapobieganie powikłaniom choroby. Równocześnie prowadzi się psychoterapię, która na kolejnych etapach leczenia staje się formą podstawową. W pracy terapeutycznej od początku przywiązuje się dużą wagę do zbudowania i utrwalenia motywacji do leczenia, prowadzona jest edukacja oraz korygowane są zachowania związane z odżywianiem się.

Psychoterapia należy do głównych sposobów leczenia anoreksji, zawiera elementy edukacji i jest skierowana do pacjenta oraz jego rodziny. Terapia behawioralno-kognitywna opiera się na zmianie postaw i nawyków dotyczących odżywiania się i obrazu ciała. Istotne znaczenie ma stosowanie terapii grupowej, która pozwala na rozwijanie relacji chorego z rówieśnikami. Stanowi ona okazję do uświadomienia choremu, że nie jest odosobniony w swoich obawach i swojej sytuacji. Terapia rodzinna jest szczególnie ważna w przypadku chorych w młodzieńczym wieku – pozwala na analizę relacji w rodzinie i sposobu jej funkcjonowania, co może mieć kluczowe znaczenie w procesie leczenia (Scully 1998).

Pojęcia schematu ciała i obrazu ciała

określają doświadczanie własnej cielesności, czyli świadomość ciała. Schemat ciała to podstawowa wiedza o własnym ciele, jego ogólnej budowie oraz poszczególnych częściach, które się na nie składają, jego powierzchni, wielkości, wymiarach oraz jego granicach. Według teorii integracji sensorycznej schemat ciała jest traktowany jako neuronalny model siebie. Podstawą ukształtowania się tego modelu jest percepcja ciała oraz świadomość użyteczności jego poszczególnych części. Schemat ciała i obraz ciała są reprezentowane na kilku poziomach układu nerwowego. Ich najdokładniejsza reprezentacja występuje w korze mózgowej, a mniej precyzyjna – na poziomie ośrodków podkorowych i mózdzku.

Według Casha (2004) schemat ciała oraz stosunek do niego tworzą obraz ciała. Jego teoria głosi, że obraz ciała jest poznawczą wiedzą jednostki na temat jej własnego ciała, a to warunkuje określony do niego stosunek, czyli zadowolenie lub niezadowolenie z wyglądu własnego ciała. Pozytywna, negatywna lub neutralna postawa wobec ciała albo jego części decyduje o poziomie zadowolenia z siebie. Stopień zadowolenia zaś przyczynia się do akceptacji własnej cielesności. Określenie obrazu ciała jest procesem wielopłaszczyznowym i wielowymiarowym. Poprzez poznawczy, emocjonalny i behawioralny odbiór wytworzony obraz ciała wyznacza ogólną satysfakcję z siebie jako osoby. Percepcja, według Rabe-Jabłońskiej i Dunajskiej (1997), jest budowana na podstawie oceny, emocji, myśli oraz ogólnej postawy wobec siebie. Doświadczenia interpersonalne i intrapsychiczne związane z własnym ciałem natomiast kształtują postawę wobec niego, a zarazem są wyznacznikiem samooceny jednostki. Obraz ciała to oparta na wielu motywach ocena samego siebie, dzięki czemu poziom satysfakcji z niego odzwierciedla poczucie, kim się jest.

Goldzak-Kunik i wsp. (2012), przeprowadzając eksperyment pozwalający na analizę sensoryczną u osób chorujących na anoreksję, wykazali, że sposób oceniania swoich ciał przez chorych opiera się na innym mechanizmie niż podczas oceniania ciał innych osób. Badania wskazują na czynnik emocjonalny jako istotny podczas procesu oceniania własnego ciała. Uczucia pełnią rolę

silnego modyfikatora wyniku oceny percepcyjnej. Emocje kształtujące obraz ciała mają źródło nie tylko w bodźcach wizualnych związanych z wyglądem, ale również w docierającej werbalnej opinii osób, które dla podmiotu są szczególnie ważne. Obraz ciała jest subiektywnym wytworem opartym na różnorodnych mechanizmach oraz zależnym od wielu czynników.

CEL BADAŃ

Celem badań było rozpoznanie świadomości i obrazu ciała u dziewcząt chorujących na anoreksję.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

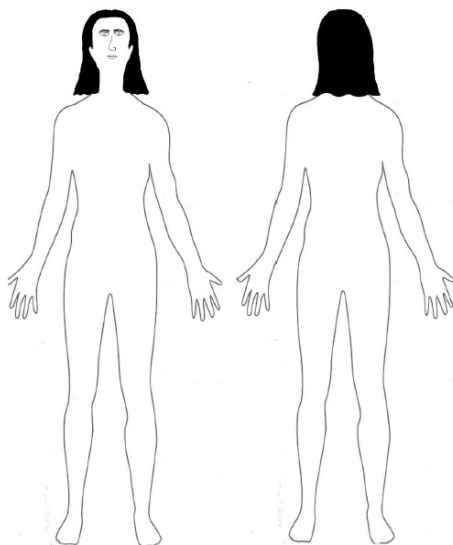
W badaniu wzięło udział 17 dziewcząt w wieku 13–18 lat chorujących na anoreksję. Wszystkie dziewczęta były pacjentkami Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Jerzego Gromkowskiego we Wrocławiu. Masa ciała badanych wynosiła 26–48 kg, wysokość ciała – 1,48–1,71 m, a średnie BMI badanej grupy – $14,9 \pm 6,15$. Podczas prowadzenia badania użyto „Skali samooceny ciała” opracowanej przez Franzoi i Shields w 1984 r. oraz autorskiego kwestionariusza, który składał się z części zawierającej pytania dotyczące wieku, wysokości ciała, masy ciała, pochodzenia, wieku i wykształcenia rodziców oraz części obejmującej pytania i zadania związane z postrzeganiem własnego ciała. „Skala samooceny ciała” opracowana przez Franzoi i Shields (1984) zawierała 33 elementy (części oraz funkcje ciała, m.in. takie jak: zapach ciała, nos, usta, uszy, podbródek, piersi, oczy policzki, talia, uda). Badane miały za zadanie ocenić je według pięciostopniowej skali, na której 1 oznaczało bardzo negatywne odczucia, 2 – umiarkowane negatywne odczucia, 3 – brak zdecydowanych odczuć (ani negatywne ani pozytywne), 4 – umiarkowane pozytywne odczucia, 5 – bardzo pozytywne odczucia. Te 33 elementy były podzielone na 3 grupy. W pierwszej, zatytułowanej „Atrakcyjność fizyczna”, znajdowały się: zapach ciała, nos, usta, uszy, podbródek, klatka piersiowa/piersi, oczy, policzki, popędy płciowe,

narządy płciowe, ciało/włosy i twarz. Do drugiej grupy, zatytułowanej „Masa ciała”, włączono apetyt, talię, uda, kształt ciała, pośladki, biodra, nogi, figura/fizyczność, wygląd brzucha i masę ciała. Do trzeciej grupy, zatytułowanej „Kondycja fizyczna”, należały takie elementy, jak: wytrzymałość fizyczna, refleks, siła mięśni, poziom energii, biceps, zwinność, figura/fizyczność, wygląd brzucha, zdrowie, kondycja fizyczna i masa ciała.

Kwestionariusz autorski zawierał 13 elementów. W autorskiej części kwestionariusza badane osoby zostały poproszone o zaznaczenie na schematycznych rysunkach przedstawiających sylwetkę ciała lubianych przez siebie części ciała, następnie wypisanie trzech z nich oraz ocenienie każdej wypisanej części według skali 1–5, gdzie 1 oznaczało najmniejsze, a 5 największe zadowolenie z danej części ciała (ryc. 1).

Następnie na takim samym rysunku, schematycznie przedstawiającym sylwetkę człowieka, badane osoby miały za zadanie zaznaczyć nie lubiane przez siebie części ciała, wypisać trzy zaznaczone nie lubiane części ciała oraz ocenić je według skali 1–5, gdzie 1 oznaczało najmniejsze, a 5 największe niezadowolenie z danej części ciała. W kolejnym

1. Zaznacz proszę na rysunku te części Twojego ciała, które lubisz.



Ryc. 1. Element autorskiej części kwestionariusza – schemat przedstawiający sylwetkę człowieka, na której należało zaznaczyć lubiane u siebie części ciała

zadaniu umieszczona była rycina przedstawiająca 9 sylwetek kobiecych ciał o różnej grubości (szczupłe, w normie, z nadwagą, otyłe), wśród których badane miały za zadanie wskazać jedną, najbardziej odzwierciedlającą ich własną sylwetkę ciała. Na kolejnym etapie badań respondentki zostały poproszone o dokończenie zdania, które rozpoczynało się słowami: „Moje ciało to...”, oraz zdania: „Moje ciało jest jak...”, w których używały dowolnie przez siebie dobranych określeń, wyrazów, zdań, epitetów. Kwestionariusz zawierał również pytania dotyczące autorytetów, aktywności fizycznej oraz zauważonej przez badane zmiany w wyglądzie ciała.

WYNIKI

Wyniki skonstruowano na podstawie analizy statystyki opisowej dotyczącej badanej grupy. Do sformułowania wyników oraz wniosków wykorzystano wartości procentowe charakteryzujące dane parametry. Średni wiek w badanej grupie wynosił $15 \pm 1,18$ lat, a średnia wysokość ciała – $1,61 \pm 6,15$ m. Połowa pacjentek wśród rysunków przedstawiających sylwetki o różnej grubości wybierała sylwetkę w normie lub też z nadwagą i otyłością jako najbardziej odzwierciedlające

wygląd ich własnej sylwetki, przy czym BMI u każdej badanej osoby był poniżej normy. Dokończenie zdania, w którym należało powiedzieć, czym jest dla pacjentek ich ciało, u 58,8% badanych było określeniem negatywnym („klocek”, „przeszkoda”, „więzienie”, „zniszczony człowiek”, „koszmar”, „tragedia”). Pozytywnego określenia użyło 17,7% („skrzynia skarbów”, „skarb”, „świętynia”), a w przypadku 23,5% badanych zastosowane określenie było trudne do zweryfikowania („meszek”, „materializacja mnie”, „skóra”).

Wśród badanych 47,1% użyło do opisu swojego ciała negatywnego epitetu, tyle samo było epitetów trudnych do zweryfikowania („plastelina”), a jedynie 5,8% użyło epitetu o pozytywnym znaczeniu. W uzasadnieniu odpowiedzi na to pytanie wielokrotnie wyrażana była wprost nienawiść do własnego ciała („nienawidzę go”, „nie jest takie, jak bym chciała”, „chcę uwolnienia”, „wrak człowieka”). Na schematycznym rysunku przedstawiającym ciało człowieka badane jako lubiane części ciała najczęściej zaznaczały oczy, nos oraz ręce, a jako najbardziej nielubiane – brzuch, pośladki oraz uda.

Jako autorytet w rodzinie matkę wskazało 70,6% badanych, ojca – 5,9%, a 23,5% badanych innych członków rodziny. Cechą, którą badane ceniły u matek jako autorytetu, w przypadku 52,9% okazała się wytrzyma-

Tab. 1. Ocena poszczególnych części/funkcji ciała w kontekście atrakcyjności fizycznej według kryteriów „Skali samooceny ciała” opracowanej przez Franzoi i Shields w 1984 r.

Partia/funkcja ciała	Bardzo negatywne odczucia [%]	Umiarkowane negatywne odczucia [%]	Brak zdecydowanych odczuć [%]	Umiarkowane pozytywne odczucia [%]	Bardzo pozytywne odczucia [%]
Zapach ciała	0	0	52,9	35,3	11,8
Nos	11,8	23,5	29,4	23,5	11,8
Usta	0	11,8	41,2	17,6	29,4
Uszy	5,9	11,8	41,2	23,5	17,6
Podbródek	5,9	11,8	58,8	5,9	17,6
Klatka piersiowa/piersi	47,1	17,6	17,6	11,8	5,9
Oczy	5,8	11,8	11,8	35,3	35,3
Policzki	17,6	11,8	41,2	11,8	17,6
Popęd płciowy	17,6	5,9	41,2	23,5	11,8
Narządy płciowe	17,7	5,8	58,8	17,7	0
Ciało/włosy	11,8	29,4	29,4	17,6	11,8
Twarz	29,4	17,6	23,6	17,6	11,8
Średnia	14,7	8,8	38,3	26,5	11,8
SD	10,4	6,2	10,4	6,3	0

Tab. 2. Ocena poszczególnych części/funkcji ciała w kontekście masy ciała według kryteriów „Skali samooceny ciała” opracowanej przez Franzoi i Shields w 1984 r.

Partia/funkcja ciała	Bardzo negatywne odczucia [%]	Umiarkowane negatywne odczucia [%]	Brak zdecydowanych odczuć [%]	Umiarkowane pozytywne odczucia [%]	Bardzo pozytywne odczucia [%]
Apetyt	29,4	11,8	23,5	23,5	11,8
Talia	29,4	23,6	29,4	0	17,6
Uda	52,9	23,5	5,9	11,8	5,9
Kształt ciała	41,1	35,3	5,9	5,9	11,8
Pośladki	58,8	17,6	11,8	5,9	5,9
Biodra	41,2	29,4	17,6	0	11,8
Nogi	35,4	23,5	17,6	5,9	17,6
Figura/fizyczność	29,4	29,4	17,6	11,8	11,8
Wygląd brzucha	41,2	23,5	11,8	17,6	5,9
Masa ciała	47,1	29,4	23,5	0	0
Średnia	38,3	20,6	23,5	11,8	5,9
SD	12,5	12,4	0	16,6	8,3

Tab. 3. Ocena poszczególnych części/funkcji ciała w kontekście kondycji fizycznej według kryteriów „Skali samooceny ciała” opracowanej przez Franzoi i Shields w 1984 r.

Partia/funkcja ciała	Bardzo negatywne odczucia [%]	Umiarkowane negatywne odczucia [%]	Brak zdecydowanych odczuć [%]	Umiarkowane pozytywne odczucia [%]	Bardzo pozytywne odczucia [%]
Wytrzymałość fizyczna	11,8	11,8	29,4	23,5	23,5
Refleks	11,8	23,5	23,5	23,5	17,7
Siła mięśni	17,6	5,9	41,2	23,5	11,8
Poziom energii	5,9	17,6	52,9	11,8	11,8
Biceps	23,5	11,8	52,9	11,8	0
Zwinność	17,6	17,6	17,6	29,6	17,6
Figura/fizyczność	29,4	23,5	23,5	11,8	11,8
Wygląd brzucha	41,2	17,6	23,5	11,8	5,9
Zdrowie	11,8	35,3	23,5	11,8	17,6
Kondycja fizyczna	5,9	35,3	23,5	11,8	23,5
Masa ciała	41,2	29,4	23,5	0	5,9
Średnia	26,5	20,6	26,5	11,8	14,7
SD	20,0	12,4	4,2	16,6	12,4

łość (wśród innych cech matki badane wymieniały odwagę, cierpliwość, pracowitość, wytrwałość, siłę, zaradność, dobro).

Średnia aktywność fizyczna deklarowana przez pacjentki wynosiła średnio 3 godziny w tygodniu. W kwestionariuszu osobowym 53% badanych podało swoją masę ciała z dokładnością do jednego miejsca po przecinku, a 24% – z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

DYSKUSJA

Jeden z najważniejszych objawów anoreksji stanowi zaburzony obraz ciała. Obraz ciała to indywidualna i subiektywna wiedza człowieka na temat jego ciała. Pozwala na określenie własnej autonomii. Jest on kształtowany na podstawie wielopłaszczyznowego i wielowymiarowego doświadczania własnej cielesności, a jego zaburzenie może mieć

różnorodne podłoże. Jako behawioralne komponenty w obrazie ciała wymienia się przede wszystkim percepcję, emocje oraz poznanie. Emocje odgrywają kluczową rolę w procesie kształtowania się obrazu ciała. Nie jest jasne podłoże zaburzenia obrazu ciała. Wyniki badań, które przeprowadzili Kaye i wsp. (2009), pokazują, że nie można jednoznacznie stwierdzić, czy zaburzenie obrazu ciała jest zjawiskiem uwarunkowanym czynnikami psychologiczno-kulturowymi, czy też odzwierciedla podłoże biologiczne. Dlatego obraz ciała należy rozpatrywać w kontekście zjawiska wielowymiarowego.

Z kompleksowej analizy sensorycznej, którą przeprowadzili Goldzak-Kunik i wsp. (2012), wynika, że główny wpływ na zaburzenie postrzegania własnego ciała u osób chorujących na anoreksję mają aspekty uczuciowe oraz poznawcze. To potwierdza również teoria Higginsa (1987), która głosi, że zadowolenie z własnego wyglądu fizycznego ma bezpośredni związek z kształtowaniem obrazu samego siebie. Obraz ciała to rezultat samooceny oraz interpretacja docierających informacji od szczególnie znaczących dla podmiotu osób.

Na podstawie swoich badań Pietrini i wsp. (2010) potwierdzili, że zaburzenie obrazu ciała u osób chorujących na anoreksję ma kliniczne znaczenie, wskazując na rolę samooceny w procesie tworzenia obrazu ciała. Te same badania potwierdzają, że na aktywację nerwową na widok własnego ciała ma wpływ wiele czynników, dlatego niemożliwe jest stworzenie narzędzia, które pozwalałoby na odizolowanie i zbadanie pojedynczych czynników. Ze względu na złożoność procesu kształtowania się obrazu ciała oraz różnorodność czynników mających na nie wpływ trudno jest wyznaczyć jednoznaczny model konstrukcji obrazu ciała, a zatem uniemożliwia to znalezienie precyzyjnych narzędzi oceny, które szczegółowo mogłyby zbadać różne jego składniki (Banfield i McCabe 2002).

Badanie MRI, jako badanie neuroobrazowe, koncentruje się jedynie na funkcjonalnych i strukturalnych procesach zachodzących w układzie nerwowym. Wszelkie inne techniki natomiast są obciążone dużym marginesem subiektywizmu osoby badanej. Wychodząc z założenia, że obraz ciała jest oparty na subiektywnej ocenie osoby na te-

mat jej własnego ciała oraz odwołując się do teorii Higginsa (1987) o bezpośrednim związku zadowolenia z własnego wyglądu fizycznego a kształtowaniem obrazu samego siebie, stworzono kwestionariusz zawierający elementy, w których badane oceniały swój stosunek do własnego ciała, poziom satysfakcji z jego wyglądu oraz prezentowały swoje stanowisko wobec autorytetów.

Proces kształtowania się samooceny jest blisko związany z odnoszeniem się do obowiązujących w danym społeczeństwie kanonów oraz porównywaniem siebie z osobami z najbliższego otoczenia. Na tej podstawie wyznaczane są sobie cechy, którymi chciałoby się charakteryzować (Lipowska i Lipowski 2006). Goldzak-Kunik i wsp. (2012) wykazali bardzo wyraźną reakcję układu nerwowego monitorowanego podczas badania MRI na bodźce werbalne dotyczące ciała badanej osoby, co świadczyłoby o znaczeniu opinii z zewnątrz dla kształtowania się obrazu ciała. Dlatego w prezentowanym badaniu znalazły się pytania o autorytety w rodzinie, wśród rówieśników oraz wśród osób znanych publicznie.

Wyniki badań pokazały, że autorytetem w rodzinie dla 70% badanych była matka, a dla mniej niż 6% – ojciec. Tak bardzo wyraźna różnica może znaleźć potwierdzenie w teorii specyficznego modelu rodziny według Selvini Palazzoli (1985), która w swoich badaniach wskazuje na silną osobowość matki w rodzinach dziewcząt chorych na anoreksję. Na uwagę zasługuje również to, że ponad 50% ankietowanych jako główną cechę, którą doceniają u matek, wskazało wytrzymałość. Ta cecha może wskazywać na dominującą rolę matki w systemie rodzinnym. Wytrzymałość matek wzbudzająca uznanie u córek może również odnosić się do teorii Cachelin i Maher (1998), która mówi o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli przez chorych na anoreksję.

WNIOSKI

1. Dziewczęta dotknięte anoreksją przechowują zaburzony obraz ciała. Uznają swoje ciało za grubsze, niż jest ono rzeczywiście.
2. Większość dziewcząt doświadczonych anoreksją odnosi się negatywnie do swojego ciała, szczególnie do takich jego części, jak: brzuch, pośladki, biodra i uda.

BIBLIOGRAFIA

- Banfield S.S., McCabe M.P. (2002) An evaluation of the construct of body image, *Adolescence*, 37 (146), 374–376.
- Bator E., Bronkowska M., Ślepicki D., Biernat J. (2011) Anoreksja – przyczyny, przebieg, leczenie, *Now Lek*, 80 (3), 184–191.
- Beumont P.J., Touyz S.W. (2003) What kind of illness is anorexia nervosa? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12 (supl. 1), 20–24.
- Cachelin F.M., Maher B.A. (1998) Is amenorrhea a critical criterion for anorexia nervosa?, *J Psychosom Res*, 44 (3–4), 435–440.
- Cameron A.D. (2004) *Psychiatria Crash Course*, Urban & Partner, Wrocław.
- Cash T.F. (2004) Cognitive-behavioral perspectives on body image. A handbook of theory, research and clinical practice, Guilford Press, New York, London.
- Dobrzyńska E., Rymaszewska J. (2006) Jadłowstręt psychiczny – ciągłe wyzwanie dla współczesnej medycyny, *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 6 (4), 165–170.
- Franzoi S.L., Shields S.A. (1984) The Body Esteem Scale: multidimensional structure and sex differences in a college population, *J Pers Assess*, 48 (2), 173–178.
- Goldzak-Kunik G., Friedman R., Spitz M., Sandler L., Leshem M. (2012) Intact sensory function in anorexia nervosa, *Am J Clin Nutr*, 95 (2), 272–282.
- Herzog W., Rathner G., Vandereycken W. (1992) Long-term course of anorexia nervosa. A review of the literature, [w:] Herzog W., Deter H.G., Vandereycken W. (red.), *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia nervosa and bulimia nervosa*, Springer, Heidelberg, Berlin, 24–26.
- Higgins E.T. (1987) Self discrepancy. A theory relating self and affect, *Psychol Rev*, 94 (3), 319–340.
- Hindler C.G., Crisp A.H., McGuigan S., Joughin N. (1994) Anorexia nervosa: change over time in age of onset, presentation and duration of illness, *Psychol Med*, 24 (3), 719–729.
- ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne (2000) V rozdział, Warszawa UWM „Vesalius”, 149.
- Joško J., Kamecka-Krupa J. (2007) Czynniki ryzyka anoreksji, *Prob Hig Epidemiol*, 88 (3), 254–258.
- Kaye W.H., Fudge J.L., Paulus M. (2009) New insights into symptoms neurocircuit function of anorexia nervosa, *Nat Rev Neurosci*, 10 (8), 573–584.
- Kiejna A., Małyszczak K. (2009) *Psychiatria – podręcznik akademicki*, AM, Wrocław.
- Liebman R., Minuchin S., Baker L. (1974) The role of the family in the treatment of anorexia nervosa, *J Am Acad Child Psychiatry*, 13 (2), 264–274.
- Lipowska M., Lipowski M. (2006) Poziom optymizmu a akceptacja własnego ciała przez kobiety w okresie adolescencji, *Psychologia Rozwojowa*, 11 (3), 89–95.
- Pietrini F., Castellini G., Ricca V., Polito C., Pupi A., Faravelli C., (2010) Functional neuroimaging In anorexia nervosa: A clinical approach. *Eur Psychiatr*, 26 (3), 177–180.
- Powers P.S., Simpson H., McCormick T. (2005) Jadłowstręt psychiczny a psychoza, *Psychiatria po Dyplomie*, 6, 53–60.
- Rabe-Jabłońska J., Dunajska A. (1997) Poglądy na temat zniekształconego obrazu ciała dla powstawania i przebiegu zaburzeń odżywiania, *Psychiatr Pol*, 31 (6), 723–738.
- Scully J.H. (1998) *Psychiatria*, Urban & Partner, Wrocław.
- Selvini Palazzoli M. (1985) Anorexia nervosa a syndrome of the affluent society, *Transcultural Psychiatry*, 22, 199–205.
- Śmiech A., Rabe-Jabłońska J. (2006) Strukturalne odchylenia w badaniach neuroobrazowych u osób chorych na jadłowstręt psychiczny, *Post Psychiatr Neurol*, 15, 17–21.
- Wolska M. (1999) Cechy indywidualne pacjentów z zaburzeniami odżywiania się, [w:] Józefik B. (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna*, UJ, Kraków, 122–124.
- Ziółkowska B. (2001) Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji, Fundacja Humaniora, Poznań.

Praca wpłynęła do Redakcji: 11.09.2014
Praca została przyjęta do druku: 12.03.2015

Adres do korespondencji:

Paulina Majewska
Katedra Fizjoterapii i Terapii Zajęciowej
Akademia Wychowania Fizycznego
al. I.J. Paderewskiego 35
51-612 Wrocław
e-mail: paula.g.maj@gmail.com