



Poznawcze aspekty obrazu ciała u kobiet a zaburzenia odżywiania

Cognitive aspects of women's body image and eating disorders

Bernadetta Izydorzycyk, Adriana Rybicka-Klimczyk

Zakład Psychologii Klinicznej i Sądowej, Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski, Katowice

Streszczenie

Wstęp: W pracy przedstawiono podstawy teoretycznej wiedzy poznawczych aspektów obrazu ciała oraz wyniki badań na temat specyficznych poznawczych cech obrazu ciała u wybranej grupy współczesnych polskich dziewcząt i młodych kobiet.

Material i metody: Badaniami objęto 111 kobiet, które podzielono na grupy — dziewczęta w okresie dojrzewania, młode kobiety i kobiety chore na zaburzenia odżywiania (anoreksję i bulimię psychiczną). W badaniach wykorzystano Test Sylwetek Thompsona i Graya (CDRS, *Contour Drawing Rating Scale*).

Wyniki i wnioski: Analiza statystyczna wyników testów wykazała na istnienie rozbieżności w zakresie Ja idealnego i Ja realnego w obrazie ciała pomiędzy zarówno badanymi dziewczętami i kobietami, jak i między kobietami chorującymi na zaburzenia odżywiania i kobietami nieekspozującymi opisywanych zaburzeń. (*Endokrynol Pol* 2009; 60 (4): 287–294)

Słowa kluczowe: obraz ciała, teoria rozbieżności Ja, zaburzenia odżywiania

Abstract

Background: The authors presents basics of theoretical knowledge connected with cognitive aspects women's body image in Poland. The authors also presents results of research connected with the same subject.

Material and methods: The study involved 111 women divided into groups — adolescents and young women and women with eating disorders (anorexia and bulimia nervosa). The study methods included the Contour Drawing Rating Scale (CDRS) by Thompson and Gray.

Results and conclusions: The statistical tests indicate differences in the cognitive dimension of body image (between ideal and real self) among adolescent and young women, and women with eating disorders.

(*Pol J Endocrinol* 2009; 60 (4): 287–294)

Key words: body image, self-discrepancy theory, eating disorders

Praca nie jest finansowana ze źródeł zakładu pracy ani z przyznanych grantów.

Wstęp

W psychologicznej literaturze obraz ciała w swojej definicji zawiera zmysłowy wizerunek jego rozmiarów, kształtów i formy, jak również uczucia, jakimi je odbieramy [1]. Doświadczanie własnego ciała jest często opisywane z odwołaniem się do takich terminów, jak schemat ciała czy też Ja cielesnego (*body self*). Zdaniem Thompsona obraz ciała stanowi uwewnętrznione spojrzenie na własny wygląd, połączone z przekonaniem na temat tego, jak oceniają osobę i jej ciało inni, oraz doświadczanymi w związku z tym uczuciami [1, 2]. Garner i Garfinkel wskazują, że zróżnicowane formy zaburzeń w zakresie obrazu ciała (*body image*) dotyczą głównie zniekształceń jego percepcji (niezdolność osoby do właściwej oceny przez nią samą rozmiarów jej

ciała) oraz emocjonalnej postawy wobec niego [za: 3]. W poznawczej koncepcji Casha i Pruzinsky'ego obraz ciała definiowany jest jako „umysłowa struktura, reprezentująca indywidualne doświadczenia poznawcze, emocjonalne i behawioralne osoby, związane z wyglądem jej własnego ciała” [za: 4]. Poznawczy aspekt obrazu ciała dotyczy przede wszystkim myśli, przekonań oraz treści schematów poznawczych, jakie człowiek ma na temat własnego ciała i jego zewnętrznego wyglądu. Jeśli dominują w nim zniekształcone, obejmujące negatywną percepcję i postawę własnego wizerunku schematy poznawcze, to zwykle łączą się one z rozwijającym się u osoby poczuciem nieakceptacji wizerunku własnego ciała i eksploracją zachowań zmierzających do jego zmiany (np. przez restrykcyjne próby odchudzenia).



Dr n. hum. Bernadetta Izydorzycyk, Zakład Psychologii Klinicznej i Sądowej, Uniwersytet Śląski, Katowice, ul. Grażyńskiego 53, tel. kom.: 608 573 837, e-mail: b.izydorzycyk@interia.pl

Wobec własnego ciała przyjmujemy określone, specyficzne postawy. Podstawowymi czynnikami, które budują te postawy, są inwestycje i ewaluacje wizerunku ciała. Inwestycje odnoszą się do kognitywno-behawioralnego znaczenia, jakie osoby nadają swojemu wyglądowi. Ewaluacja wiąże się z oceną wyglądu od pozytywnej do negatywnej oraz z przekonaniem, jakie ktoś żywi w tym zakresie (np. satysfakcja ze swojego ciała lub jej brak). Postawy wobec własnego wizerunku odgrywają istotną rolę w funkcjonowaniu jednostki, ponieważ przekonania i schematy z nimi związane zwrotnie wpływają na treść myśli, emocji i zachowań człowieka [5].

Zgodnie z założeniami teorii poznawczo-behawioralnej określone bodźce zawarte w sytuacji, które są skojarzone ze schematami dotyczącymi wizerunku ciała, mogą uaktywnić stereotypowy sposób przetwarzania informacji o swoim wyglądzie oraz spowodować jego ewaluację. Bodźcami uruchamiającymi ten proces mogą być na przykład: obnażenie ciała, obnażanie się przed lustrem, ocena społeczna, opinie i porównania społeczne, ważenie się, ćwiczenia fizyczne czy zmiany w wyglądzie [5].

Aby poradzić sobie z niepokojącymi myślami i emocjami związanymi z wizerunkiem ciała, czy to przewidywanymi, czy rzeczywistymi, ludzie podejmują różnego rodzaju działania oraz posługują się poznawczo wyuczonymi strategiami i zachowaniami, które mają im pozwolić zaadoptować się do społecznego środowiska, w jakim żyją. Do zachowań tych zaliczamy na przykład nagminne unikanie ekspozycji swojego ciała lub jego stałe zakrywanie, regularnie podejmowane zachowań typu rytuałów w celu poprawy własnego wizerunku i wyglądu zewnętrznego (regularne głodówki, upiększające nieuzasadnione medycznie zabiegi plastyczne itp.). Zachowania te służą podtrzymaniu postaw związanych z wizerunkiem przez wzmocnienie negatywne, jako że umożliwiają one tymczasową ucieczkę, redukcję albo regulację dyskomfortu wywołanego przez nieakceptowany przez osobę obraz ciała [5]. Teorie poznawcze odnoszące się do sieci informacyjnych i schematów poznawczych wskazują, że im częściej uruchamiany jest poznawczy schemat, tym większe istnieje prawdopodobieństwo, że dojdzie do skojarzenia go z zewnętrznymi wydarzeniami i wewnętrznymi sygnałami, takimi jak między innymi głód czy negatywne emocje. Następnie, im większa jest częstotliwość aktywowania danego schematu w wysoce zintegrowanej sieci wspomnień, tym szybciej i łatwiej jest on przywoływany w pamięci. Kiedy określone sygnały mają asocjacyjne powiązania z poznawczym schematem, to istnieje większe prawdopodobieństwo, że schemat ten będzie aktywowany przez wiele różnych bodźców zewnętrznych (np. obcisłe ubrania) i wewnętrzn-

nych. Teorie dotyczące przetwarzania informacji pozwalają również na wyjaśnienie zależności pomiędzy schematem wizerunku ciała a emocjami. Posiadanie przez jednostkę negatywnej reprezentacji poznawczej własnego wizerunku ciała i wyglądu zewnętrznego może z większym prawdopodobieństwem wywoływać u niej negatywne emocje, takie jak niepokój i depresja. Natomiast negatywny nastrój, zgodnie z zasadą sprzężenia zwrotnego, uaktywnia negatywny poznawczy aspekt wizerunku ciała i tym samym nasila depresyjny nastrój i zaburzenia w percepcji obrazu ciała.

Poznawcza koncepcja rozbieżności Higginsa wskazuje na sposób, w jaki osoba przez swoje psychologiczne (zwłaszcza poznawcze) funkcjonowanie wpływa na podejmowane przez nią zachowania wobec wizerunku (wielkości, proporcji) własnego ciała [6]. Higgins wskazuje, że treści zawarte w strukturze Ja cielesnego determinują to, jak osoba spostrzega i ocenia siebie (Ja aktualne), jaką chce być, to znaczy, jak chce wyglądać (Ja idealne), lub jaką być powinna wobec innych (Ja powinnościowe). Trzy stany Ja (Ja aktualne, Ja idealne oraz Ja powinnościowe) nazywane są zakresami lub obszarami Ja. Zgodnie z omawianą koncepcją osoba dąży do minimalizowania rozbieżności między tym, jak siebie spostrzega (Ja aktualne), a tym jaka chciałaby być (Ja idealne) lub jaka powinna być (Ja powinnościowe) [7]. Dla procesów samoregulacji ważne znaczenie ma to, czy jednostka ocenia dany obszar Ja z osobistego punktu widzenia, czy z punktu widzenia innych, znaczących dla niej osób (rodziców, przyjaciół). Osobiste przekonania jednostki o posiadanych przez nią cechach tworzą obszar Ja aktualnego „w oczach własnych”. Przekonania odnoszące się do cech, które jednostka uważa, że przypisywane są jej przez innych, tworzą zakres struktury Ja w obszarze: „w oczach innych”. Reprezentacje nadziei, aspiracji, życzeń, cech, które jednostka chciałaby posiadać, tworzą Ja idealne „w oczach własnych”. Z kolei reprezentacje tych atrybutów, które jednostka uważa, że inni chcieliby, aby miała, wchodzi w zakres Ja idealnego „w oczach innych”. Odpowiednio, powinnościowy obszar Ja jest zbiorem atrybutów (reprezentacji poczucia obowiązku, odpowiedzialności), które jednostka we własnym przekonaniu powinna posiadać (Ja powinnościowe „w oczach własnych”) lub uważa, że zdaniem innych przymioty te powinny ją charakteryzować (Ja powinnościowe „w oczach innych”). Znaczenie danego typu standardów Ja (idealnych lub powinnościowych) i rozbieżności Ja (życzeniowych czy powinnościowych) zależy od tego, które z nich pełnią dominującą funkcję w procesach regulacji [4, 6]. Rozbieżność w zakresie Ja aktualnego i określonego rodzaju standardu Ja konstytuuje poznawczą strukturę i tworzy rodzaj negatywnej sytuacji psychologicznej, wpływającej na jej emocjonalno-motywacyjne funkcjonowanie

w relacjach związanych z sytuacjami jedzenia i doświadczenia wizerunku swojego ciała [7].

Thompson wykorzystał teorie rozbieżności Ja do wyjaśnienia zaburzeń w zakresie wizerunku ciała. Uważał on, że negatywne następstwa w rozwoju poznawczego aspektu wizerunku ciała powstają wskutek porównań z wyobrażonym ideałem obrazu ciała i rzeczywistym (realnym) obrazem własnej sylwetki. Im większa jest rozbieżność między realnym obrazem siebie a obrazem ideału, tym wyższy jest poziom niezadowolony z własnego ciała i większe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń odżywiania. Na podstawie teorii rozbieżności Ja Higginsa została skonstruowana skala pomiaru rozbieżności Ja w odniesieniu do obrazu ciała — Test Sylwetek (CDRS, *Contour Drawing Rating Scale*) [1, 4, 5]. Służy ona do oceny różnicy pomiędzy spostrzeganymi a idealnymi kształtami i rozmiarami swego ciała [8].

Zaburzenie obrazu ciała uważa się za jeden z ważniejszych czynników ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania, ze szczególnym uwzględnieniem anoreksji psychicznej [5]. Bruch w swych pracach wskazywała na nieprawidłowości w percepcji, jak i poznawczej interpretacji bodźców pochodzących z własnego ciała jako źródła patologii obrazu ciała, występującej u pacjentek z anoreksją psychiczną [5]. Wyniszczone ciało chore spostrzegają jako właściwe i mające normalne proporcje. W niektórych przypadkach „przecenianie” własnych rozmiarów wydaje się ograniczone do konkretnych części ciała, takich jak: brzuch, pośladki, uda i twarz [3].

Myśli i przekonania na temat własnego ciała stanowią istotną składową struktury Ja cielesnego osoby. Eksplorowane przez osobę rozbieżności w jej myśleniu na temat własnego ciała i jego wizerunku, szczególnie pomiędzy tak zwanym Ja idealnym (jaka chciałabym być) a Ja realnym (jaka jestem), mogą stanowić ważny czynnik predysponujący do ujawniania zachowań związanych z nadmiernym (restrykcyjnym) odchudzaniem się i stosowaniem diet, po to, aby zmienić swój rzeczywisty wizerunek ciała na bardziej wyidealizowany (często wychudzony). Dążenie do jego osiągnięcia staje się istotnym predyktorem w rozwoju zaburzeń odżywiania [10].

Cel badania

Celem podjętych badań była próba scharakteryzowania poznawczego aspektu obrazu ciała u wybranej grupy współczesnych dziewcząt będących w okresie adolescencji i u grupy wybranych kobiet pozostających w kończącej okres adolescencji fazie młodzieńczej. W celu porównania specyfiki poznawczego aspektu obrazu ciała u kobiet, które chorują na zaburzenia odżywiania, i tych, które takich zaburzeń nie prezentują, jedną z badanych grup stanowiły młode kobiety chore

na anoreksję lub bulimię psychiczną. Charakterystykę aspektu poznawczego oparto — zgodnie z teoretyczną koncepcją Higginsa — na ocenie poziomu rozbieżności pomiędzy Ja realnym a Ja idealnym u badanych dziewcząt i młodych kobiet polskich.

Podstawowe pytanie badawcze, jakie postawiono, brzmiało: czy istnieją i jakie są różnice w zakresie poznawczego aspektu obrazu ciała (tj. Ja realnego i Ja idealnego) między grupą badanych dziewcząt w okresie adolescencji i grupą kobiet w okresie młodzieńczym, jak również pomiędzy nimi a kobietami w tym samym wieku, chorującymi na zaburzenia odżywiania (anoreksję lub bulimię psychiczną)?

Materiał i metody

Do pomiaru poznawczego obrazu ciała wykorzystano CDRS, test opracowany przez Thompsona i Graya [1, 5]. Przedstawia on 9 sylwetek kobiecych i męskich, które są uporządkowane od bardzo szczupłych do bardzo otyłych. Zadaniem osób badanych jest wskazanie postaci, która odzwierciedla ich aktualną sylwetkę ciała, oraz postaci, która przedstawia według nich tak zwaną idealną sylwetkę ciała. Osoby badane odpowiadały, zakreślając wartość od 1–9 (każdej wartości była przyporządkowana jedna sylwetka ciała). Uzyskane wyniki pozwoliły określić stopień rozbieżności pomiędzy Ja idealnym i Ja realnym [1, 5].

Charakterystyka grup badawczych

W badaniach wzięło udział 143 osób. Pierwszy etap badań przeprowadzono w latach 2006–2007 w wybranej grupie 32 młodych kobiet polskich, niechorujących na zaburzenia odżywiania (grupa A) i grupie 32 kobiet w podobnym wieku, ale chorych na anoreksję lub bulimię psychiczną (grupa B). Drugi etap badań prowadzono w 2008 roku w kolejnej grupie badawczej i dotyczył 26 dziewcząt (grupa I) i 53 młodych kobiet (grupa II). Badania były prowadzone pod kierunkiem autorek pracy w ramach prowadzonego seminarium magisterskiego [9].

Charakterystyka grup badanych w latach 2006–2007

Grupę badawczą A stanowiły 32 kobiety (tzw. zdrowe, bez zaburzeń odżywiania) ze średnią wieku 23 lata. Dobór grupy był celowy. Kryterium doboru stanowiła wartość wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*), która mieściła się w granicach 19,5–24,5 oraz brak historii leczenia z powodu zaburzeń odżywiania (w tym brak hospitalizacji, konsultacji w poradni, leczenia w ramach oddziału). Średnia BMI w grupie A wyniosła 20,75. Natomiast grupę badawczą B stanowiły 32 kobiety chorujące w chwili badania od co najmniej roku na anoreksję lub bulimię psychiczną. Kryterium

Tabela I. Charakterystyka średnich i odchyłeń standardowych w zakresie wyników pomiaru Ja realnego i Ja idealnego u badanych dziewcząt i kobiet grupy B (chore na anoreksję psychiczną, n = 14). Test Sylwetek — badania w latach 2006–2007

Table I. Characteristics of medians nad standard deviations in ideal and real self CDRS scores in women and adolescent girls in group B (suffering from anorexia, n=14). Measurements made in 2006–2007

Obraz ciała — wymiar poznawczy	n	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Wariancja	SD
Ja realne	14	3,50	3,00	1,00	8,00	4,73	2,18
Ja idealne	14	2,86	2,50	1,00	7,00	2,75	1,66

SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

Tabela II. Charakterystyka średnich i odchyłeń standardowych w zakresie wyników pomiaru Ja realnego i Ja idealnego u badanych dziewcząt i kobiet grupy B (chore na bulimię psychiczną, n = 18). Test sylwetek — badania w latach 2006–2007

Table II. Characteristics of medians nad standard deviations in ideal and real self CDRS scores in women and adolescent girls in group B (suffering from bulimia, n = 18). Measurements made in 2006–2007

Obraz ciała — wymiar poznawczy	n	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Wariancja	SD
Ja realne	18	6,00	6,50	2,00	9,00	4,35	2,09
Ja idealne	18	2,89	3,00	1,00	4,00	0,69	0,83

SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

doboru do grupy stanowiła nozologiczna diagnoza anoreksji psychicznej lub bulimii psychicznej, zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób ICD-10. W grupie znalazło się 14 kobiet chorujących na anoreksję psychiczną i 18 kobiet chorujących na bulimię psychiczną (średnia wieku dla obu podgrup wyniosła również 23 lata). Średnia BMI w grupie B wyniosła 17.

Charakterystyka grup badanych w 2008 roku

Badaniami objęto 79 osób (w tym dziewcząt n = 26 i młodych kobiet n = 53). Wiek badanych 26 dziewcząt mieścił się w przedziale 16–19 lat (grupa I). Średnia wieku wyniosła 17,4, natomiast średnia ich BMI osiągnęła wartość 19,04. Drugą grupę stanowiły kobiety o średniej wieku 22,08 roku. Średnia ich BMI przybrała wartość 20,98. Kryterium doboru do grupy stanowiła wartość BMI, który mieścił się w granicach 19,5–24,5 (norma dla populacji) oraz brak historii leczenia na zaburzenia odżywiania, to znaczy anoreksję i bulimię psychiczną (w tym brak hospitalizacji, konsultacji w poradni, leczenia w ramach oddziału szpitalnego).

Charakterystyka zmiennych

Zmienną główną stanowił poznawczy aspekt obrazu ciała rozumiany jako zawarte w schematach poznawczych myśli związane zarówno z oceną własnego ciała, jak i stopniem rozbieżności w obrazie ciała pomiędzy strukturami Ja:Ja idealnym i Ja realnym [1, 5]. Wskaźnikami weryfikowanej zmiennej były:

- Ja realne — myślowa ocena atrybutów (cech, właściwości), co do których jednostka jest przekonana, że je posiada w związku z obrazem własnego ciała;
- Ja idealne — reprezentuje myśli, nadzieje i aspiracje osoby, związane z jej ciałem.

Wyniki

Wyniki badań prowadzonych w latach 2006–2007 w grupie 32 kobiet przedstawiono w tabelach I–IV. Natomiast wyniki badań przeprowadzonych w 2008 roku w grupie 26 dziewcząt i 53 młodych kobiet niechorujących na zaburzenia odżywiania zaprezentowano w tabelach V–IX. Wiek badanych i pozostałe kryteria badań były podobne we wszystkich latach. W przypadku badań z lat 2006–2007 obok grupy tak zwanych zdrowych kobiet do badań włączono również grupę 32 dziewcząt i młodych kobiet chorujących na anoreksję lub bulimię psychiczną podobną pod względem wieku. Celem było dokonanie analizy porównawczej w zakresie rozbieżności pomiędzy Ja realnym i Ja idealnym w ocenie obrazu własnego ciała między kobietami w podobnym wieku, ale różniącymi się aktualnym stanem zdrowia, to znaczy pomiędzy chorującymi i niechorującymi na zaburzenia odżywiania. Wyniki badań poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem nieparametrycznych testów Manna-Whitneya-Wilcozona (MWW), χ^2 , w celu oceny istotności różnic pomiędzy badanymi w zakresie weryfikowanej zmiennej.

Tabela III. Charakterystyka średnich i odchyłeń standardowych w zakresie wyników pomiaru Ja realnego i Ja idealnego u badanych dziewcząt i kobiet zdrowych, to znaczy nieekspozujących zaburzeń odżywiania (grupa A, n = 32). Test sylwetek — badania w latach 2006–2007

Table III. Characteristics of medians nad standard deviations in ideal and real self CDRS scores in women and adolescent girls in group A (without eating disorders symptoms, n = 32). Measurements made in 2006–2007

Obraz ciała — wymiar poznawczy	n	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Wariancja	SD
Ja realne	32	4,91	5,00	1,00	8,00	2,09	1,45
Ja idealne	32	3,72	4,00	2,00	6,00	1,11	1,05

SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

Tabela IV. Pomiar poziomu rozbieżności pomiędzy Ja realnym (spozrzanym rzeczywistym obrazem ciała) a Ja idealnym (idealnym obrazem ciała) u badanych kobiet chorujących na zaburzenia odżywiania (grupa B) i kobiet nieujawniających anoreksji i bulimii psychicznej (grupa A, n = 32). Wyniki średnich i sumy rang. Pomiar statystyczny różnic za pomocą testu nieparametrycznego MWW

Table IV. Measurement of divergence level between real and ideal self in women suffering from eating disorders (group B) and women without symptoms of anorexia and bulimia (group A, n = 32). Medians and ranks sums. Statistical measurement made with MWW nonparametric test

Obraz ciała — wymiar poznawczy	Grupa badanych w latach 2006–2007	n	Średnia rang	Suma rang
R*	Grupa B (chore)	32	42,41	1357,00
	Grupa A (zdrowe)	32	22,59	723,00
	Razem	64		
	Mann-Whitney	Wilcoxon	Z	Poziom istotności
	195	723	-4,37935	0,001

*R — rozbieżność pomiędzy Ja realnym i Ja idealnym

Tabela V. Charakterystyka średnich i odchyłeń standardowych w zakresie wymiaru poznawczego obrazu ciała. Wyniki badań z testu sylwetek — pomiar Ja realnego i Ja idealnego u badanych dziewcząt grupy I (dziewczeta niechorujące na anoreksję lub bulimię psychiczną, n = 26). Badania przeprowadzone w 2008 roku

Table V. Characteristics of mean values and standard deviations in cognitive body image. Ideal and real self scores in CDRS in group I (girls without anorexia and bulimia, n=26). Measurements made in 2008

Obraz ciała — wymiar poznawczy	n	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Wariancja	SD
Ja realne	26	4,27	4,00	2,00	8,00	2,04	1,43
Ja idealne	26	3,23	3,00	2,00	5,00	0,90	0,95

SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

Tabela VI. Charakterystyka średnich i odchyłeń standardowych w zakresie poznawczego wymiaru obrazu ciała. Wyniki pomiaru Ja realnego i Ja idealnego u badanych młodych kobiet grupy II (niechorujące na anoreksję lub bulimię psychiczną, n = 53). Test sylwetek — badania przeprowadzone w 2008 roku

Table VI. Characteristics of mean values and standard deviations in cognitive body image. Ideal and real self scores in CDRS in group II (young women without anorexia and bulimia, n = 53). Measurements made in 2008

Obraz ciała — wymiar poznawczy	n	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Wariancja	SD
Ja realne	53	5,25	5,00	2,00	9,00	2,65	1,63
Ja idealne	53	3,79	4,00	2,00	6,00	0,86	0,93

SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

Tabela VII. Charakterystyka średnich rang i współczynników istotności *P* w zakresie pomiaru Ja realnego u badanych grupy dziewcząt (grupa I) i młodych kobiet (grupa II)

Table VII. Characteristics of mean ranks and significance levels in real self scores in girls (group I) and young women (group II)

Grupa badana w 2008	n	Średnia rang
Dziewczęta	26	41,61538
Kobiety	53	64,0566
χ^2	Df	p
37,10746	4	0,001

Analiza statystyczna wyników badań przeprowadzonych w latach 2006–2007 wskazała na obecność istotnych różnic w zakresie natężenia rozbieżności pomiędzy Ja realnym a Ja idealnym między badanymi kobietami zdrowymi, to znaczy bez diagnozy anoreksji lub bulimii psychicznej, i kobietami chorującymi na zaburzenia odżywiania (anoreksję i bulimię psychiczną). Otrzymany wynik średniej rang w grupie A (kobiet tzw. zdrowych) wyniósł 22,59 i był istotnie niższy niż w grupie kobiet z zaburzeniami odżywiania, gdzie średnia rang uzyskała wartość 42,41 (grupa B). Dane te prezentuje tabela IV. Wartości średniej rang wskazują, że grupę kobiet zdrowych cechuje niższy, niż w grupie kobiet cierpiących na zaburzenia odżywiania, poziom rozbież-

ności pomiędzy Ja realnym a Ja idealnym w obrazie ich wizerunku ciała. Uzyskane wartości średnie w grupie A wskazują, że kobiety te postrzegają w miarę adekwatnie do rzeczywistego wizerunku obraz swego ciała (średnia 4,91), ale też chcą być nieco chudsze, co ilustruje ich wybór sylwetek w CDRS w zakresie Ja idealnego (jaka chciałbym być). Tutaj wartość średniej umieszczono na poziomie 3,72 (por. tab. III). Możemy zatem założyć, że kobiety te cechuje wyższy poziom akceptacji własnego ciała niż kobiety z diagnozą anoreksji czy bulimii psychicznej. U tych ostatnich poziom rozbieżności pomiędzy rzeczywistym obrazem ciała a ustalonym przez nie obrazem idealnym ciała jest istotnie wyższy. Badane kobiety z grupy B z rozpoznaną anoreksją psychiczną uzyskały wartość średnią w zakresie Ja realnego na poziomie 3,50 oraz 2,86 w zakresie Ja idealnego (por. tab. I). Biorąc pod uwagę średnią wartość BMI w tej podgrupie (16,5 pkt), możemy domniemywać występowanie u nich tendencji do zniekształcenia w postrzeganiu swojego realnego obrazu ciała, ukierunkowanego na widzenie go grubszym, niż jest w rzeczywistości. W przypadku badanych kobiet chorujących na bulimię średnie w zakresie Ja realnego (6,00) i Ja idealnego (2,89) potwierdzają również zniekształcony rzeczywisty obraz ciała (wartość średnia BMI w tej podgrupie to 19,2). Wynika stąd, że osoby te widzą swoje ciało jako zdecydowanie grubsze, niż ono jest realnie, za to chciałyby być nieadekwatnie (podobnie jak chore na anoreksję) chude. Ze względu jednak na

Tabela VIII. Analiza porównawcza wyników wartości średnich i odchylenia standardowego obrazu ciała w zakresie Ja idealnego u badanych dziewcząt grupy I (*n* = 26) i młodych kobiet grupy II (*n* = 53). Badania prowadzone w 2008 roku

Table VIII. Comparatory analysis of mean values and standard deviations in ideal self scores in girls (group I, *n* = 26) and young women (group II, *n* = 53). Measurements made in 2008

Wymiar poznawczy obrazu ciała: Ja idealne	n	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Wariancja	SD
Grupa I	26,00	3,23	3,00	2,00	5,00	0,90	0,95
Grupa II	53,00	3,79	4,00	2,00	6,00	0,86	0,93

SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

Tabela IX. Charakterystyka średnich rang i współczynników istotności *p* wymiaru poznawczego w zakresie Ja idealnego u badanych dziewcząt (grupa I) i kobiet (grupa II)

Table IX. Characteristics of mean ranks and significance levels of cognitive aspects concerning ideal self scores in girls (group I) and young women (group II)

Wymiar poznawczy obrazu ciała: Ja idealne	Grupa badana w 2008	n	Średnia rang
Ja idealne	Grupa I	26	44,15385
Ja idealne	Grupa II	53	63,32075
	χ^2	Df	p
	36,16575	4	0,001

mało liczną grupę badawczą nie można w tej kwestii wyciągać daleko idących wniosków — badania te wymagają kontynuacji i pogłębienia. Kobiety z grupy A, tak zwanych zdrowych, prezentują mniejszy poziom zniekształceń obrazu ciała. Tutaj wartości średnie są bardziej adekwatne do rzeczywistości (Ja realne 4,91, Ja idealne 3,72) i korespondują z realnym BMI (wartość średnia 19,7).

Wyniki badania przeprowadzonego w 2008 roku w innej grupie 76 dziewcząt i kobiet niechorujących na zaburzenia odżywiania poddano analizie statystycznej w celu określenia poziomu istotności różnic między nimi w zakresie zmiennej obrazu ciała. Wykorzystano test χ^2 . Wyniki w zakresie wartości średnich przedstawione w tabelach V–IX wskazują, że badane w 2008 roku młode kobiety (grupa II) są bardziej świadome rzeczywistego wyglądu swojego ciała w porównaniu z dojrzewającymi dziewczętami (grupa I). Potwierdza to analiza porównawcza wartości średnich dla obu grup w zakresie oceny Ja realnego. W CDRS wartość średnia w zakresie Ja realnego w grupie II wyniosła 5,25 (odchylenie standardowe [SD, *standard deviation*] = 1,63), a w grupie I — 4,27. Wyniki te wskazują, że im starsze są badane, tym realniej oceniają obraz swojego ciała. Natomiast dojrzewające jeszcze dziewczęta są bardziej ukierunkowane na swój idealistyczny wizerunek ciała i wygląd zewnętrzny. Dominuje w ich ocenie: jaka chcę, mam być i standardy Ja idealnego. Może to wynikać zarówno z uwarunkowań rozwojowych (kryzys adolescencyjny), jak i wymagań, jakie współczesne środowisko i kultura stawiają wobec osób, które predysponowane są do osiągnięcia sukcesu i zyskania społecznej akceptacji (zjawisko tzw. „kultu piękna ciała i wychudzonej sylwetki” we współczesnej kulturze krajów wysoko uprzemysłowionych).

Wyniki wartości średnich przedstawione w tabelach V–VII oraz analiza porównawcza wartości średnich w zakresie poziomu nasilenia oceny własnego ciała z perspektywy Ja idealnego w grupach badawczych I i II wskazały, że osiągnięcie tak zwanej idealnej (oczekiwanej, upragnionej) sylwetki i kształtu ciała jest jednakowo znaczące dla zarówno dojrzewających dziewcząt, jak i młodych kobiet (grupa I: 3,23, grupa II: 3,79). Jednakże porównanie wartości i znaczenia Ja idealnego do oceny własnego ciała z wykorzystaniem wartości średnich rang w obu grupach wskazało na istotnie wyższe natężenie tej właściwości jednak w grupie dziewcząt w okresie adolescencji. Młode kobiety w porównaniu z młodszymi od nich dziewczętami łatwiej adoptują się i akceptują swój realny wizerunek, mimo

że też pragną wyglądać szczupło. Potwierdzają to wyniki przedstawione w tabelach VIII i IX.

Wnioski

Analiza statystyczna wyników badań wskazała na obecność istotnych różnic w zakresie poznawczego aspektu obrazu ciała pomiędzy badanymi młodymi kobietami chorującymi na zaburzenia odżywiania i tymi, które tych zaburzeń nie ujawniają. Różnice te dotyczą rozbieżności między Ja realnym a Ja idealnym u badanych kobiet obu grup. Potwierdzają to otrzymane wyniki w zakresie wartości średniej rang. Grupę młodych kobiet niechorujących na zaburzenia odżywiania w porównaniu z badanymi grupami kobiet leczonych z powodu tych zaburzeń cechuje niższy poziom rozbieżności pomiędzy Ja realnym (jaka jestem) a Ja idealnym (jaka chciałabym być) w obrazie ich ciała. Oznacza to, że te pierwsze bardziej adekwatnie do rzeczywistości percypują jego wygląd, kształty i wielkość, nie odbiegając w sposób zasadniczy od wizji swoich pragnień na temat jego idealnego (wymarzonego) wizerunku.

Natomiast analiza statystyczna wyników badań porównawczych pomiędzy badanymi dziewczętami w okresie adolescencji a starszymi od nich wiekiem kobietami niechorującymi na zaburzenia odżywiania wskazała, że poznawczą strukturę obrazu ciała tych pierwszych w porównaniu z grupą badanych młodych kobiet cechuje nieco słabsza percepcja rzeczywistego wyglądu ciała. U badanych dziewcząt tej grupy ujawniła się większa dominacja Ja idealnego (jak chciałabym wyglądać) nad Ja realnym (jak wyglądam). Konsekwencją tego stanu rzeczy może być większa u nich determinacja w restrykcyjności odchudzania się. Dziewczęta te mogą podejmować liczne próby odchudzania, albowiem ich obraz ciała stymulowany będzie bardziej jego idealnym (jaka chcę być) niż realnym wizerunkiem. Może to stanowić podłoże restrykcyjnych reakcji, związanych na przykład z odchudzaniem i zabieganiem o spełnienie tego, co nakazuje idealny obraz ciała.

Aktywacja rozbieżności między Ja realnym i Ja idealnym nasila dyskomfort emocjonalny i występowanie lęku, obaw, niepokoju i wewnętrznego stanu napięcia. Wpływać to może na rozwój lękowej motywacji do działania i zahamowania samorealizacji osoby [8]. Dojrzewające dziewczęta i młode kobiety skoncentrowane na własnym wyglądzie, uświadamiając sobie istnienie rozbieżności pomiędzy wyglądem swojego ciała a lansowanym w danej kulturze ideałem, mogą prze-

żyć silne uczucie lęku oraz wstydu [9, 10]. Emocje kobiet związane ze swoim wyglądem wykazują powiązanie z podłożem w sferze poznawczej oraz zwrótnie wpływają na percepcję ciała, a w dalszej kolejności na zachowania, jakie kobiety podejmują w celu modelowania swojej sylwetki.

Rozpoznanie u zgłaszającej się po pomoc (tzw. zdrowej, nieujawniającej jeszcze zaburzeń odżywiania) młodej kobiety rozbieżności w obrazie ciała pomiędzy Ja realnym a Ja idealnym i zarazem powinnościowej (życzeniowej) motywacji do budowy swego wyglądu (jaka powinnam być) może być traktowane jako sygnał tak zwanej „ukrytej jeszcze w schematach poznawczych anoreksji”. Psychologiczna diagnoza tego aspektu w obrazie ciała może stanowić istotną składową w procesie diagnozowania i leczenia dziewcząt i kobiet chorych na zaburzenia odżywiania. Wczesne rozpoznanie tej rozbieżności w obrazie ciała może skuteczniej przebieg całego ich późniejszego, medycznego i psychologicznego oddziaływania leczniczego.

Piśmiennictwo

1. Thompson JK. Introduction: body image, eating disorders, an obesity — an emerging synthesis. W: Thompson JK (red.). *Body image, eating disorders, and obesity. An integrative guide for assessment and treatment.* American Psychological Association DC, Washington 1996; 1–20.
2. Głębocka A, Kulbat J. Czym jest wizerunek ciała? W: Głębocka A, Kulbat J (red.). *Wizerunek ciała: Portret Polek.* Wydawnictwo UO, Opole 2005; 9–28.
3. Rabe-Jabłońska J, Dunajska A. Poglądy na temat zniekształconego obrazu ciała dla powstawania i przebiegu zaburzeń odżywiania. *Psychiatria Polska* 1997; 6: 723–738.
4. Stewart TM, Williamson DA. Assessment of body image disturbance. W: Thompson JK (red.). *Handbook of eating disorders and obesity.* Wiley, New York 2003; 495–514.
5. Thompson JK, Berg P. Measuring body image attitudes among adolescents and adults. W: Cash TF, Pruzinsky T (red.). *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice.* The Guilford Press, New York, London 2002; 142–153.
6. Wojdyło K. Skala pomiaru rozbieżności Ja (SkRAP) — konstrukcja narzędzia i wstępna charakterystyka psychometryczna. *Nowiny Psychologiczne* 2004; 4: 27–46.
7. Higgins T. Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review* 1987; 94: 319–340.
8. Kinsbourne M. The Brain and Body Awareness. W: Cash TF, Pruzinsky T (red.). *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice.* The Guilford Press, New York, London 2002; 22–28.
9. Rybicka-Klimczyk A. Czynniki socjokulturowe a obraz ciała i postawy wobec jedzenia u zróżnicowanych wiekiem kobiet polskich. Niepublikowana praca magisterska, Katowice 2008.
10. Izydorczyk B, Rybicka-Klimczyk A. Diagnoza psychologiczna poznawczych i emocjonalnych aspektów obrazu ciała u dziewcząt i młodych kobiet polskich. *Problemy Medycyny Rodzinnej* 2008; 4: 24–35.