

Adriana Rybicka-Klimczyk¹, Anna Brytek-Matera²

¹Ośrodek Wczesnej Interwencji w Mikołowie

²Zakład Psychologii Ogólnej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

Wizerunek ciała i jego wymiary a aspekty behawioralne zaburzeń odżywiania u zdrowych kobiet w różnych fazach rozwojowych

Body image dimensions and behavioral aspects of eating disorders in normal females population in different developmental stages

STRESZCZENIE

WSTĘP. Autorki przedstawiły wyniki własnej pracy badawczej, której celem było scharakteryzowanie i porównanie struktury wizerunku ciała u kobiet w różnych fazach rozwojowych oraz odkrycie istotnych statystycznie korelacji między poznawczym i emocjonalnym wymiarem obrazu ciała a behawioralnymi aspektami zaburzeń odżywiania.

MATERIAŁ I METODY. Badaniem objęto grupę 130 kobiet. Pomiaru zmiennych wizerunku ciała dokonano, posługując się Testem Sylwetek, Skalą Niezadowolenia z Ciała oraz Skalą Lęku–Cechy i Lęku–Stanu wobec Wyglądu Fizycznego. Behawioralne aspekty zaburzeń odżywiania się zbadano za pomocą Testu Postaw wobec Jedzenia.

WYNIKI. W badanych grupach stwierdzono istotne statystycznie różnice w wymiarze emocjonalnym (lęk dotyczący wyglądu fizycznego) i poznawczym (Ja realne, Ja idealne, Ja powinnościowe) wizerunku ciała. Zauważono również istotne statystycznie zależności pomiędzy behawioralnymi aspektami zaburzeń odżywiania a badanymi wymiarami obrazu ciała.

WNIOSKI. U kobiet w różnych fazach rozwojowych emocjonalne i poznawcze komponenty wizerunku ciała pozostają

w związku z zachowaniami charakterystycznymi dla zaburzeń odżywiania.

Słowa kluczowe: obraz ciała, niezadowolenie z ciała, teoria rozbieżności Ja, lęk

Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2008, tom 4, nr 4, 143–151

ABSTRACT

INTRODUCTION. The aim of this study was to describe and compare the structure of body image among women in different stages of the development and find the correlations between cognitive and emotional dimension of body image and behavioral aspects of eating disorders.

MATERIAL AND METHODS. The study methods included the Contour Drawing Rating Scale, the Body Dissatisfaction Scale, the Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale and the Eating Attitudes Test.

RESULTS. The tests revealed significant statistical differences in the emotional (anxiety towards physical appearance) and cognitive (ideal self, actual self, ought self) dimension of body image in the sample of examined females. The statistical analyses also revealed significant correlations between behavioral aspects of eating disorders and different components of body image.

CONCLUSIONS. In different stages of females' development emotional and cognitive components of body image stay in common with behaviors which are characteristic for eating disorders.

Adres do korespondencji: dr n. hum. Anna Brytek-Matera
Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Ogólnej Uniwersytetu Śląskiego
ul. Grażyńskiego 53, 40-126 Katowice, tel.: (0 32) 359 97 17
e-mail: abrytek@us.edu.pl
Copyright © 2008 Via Medica
Nadesłano: 31.10.2008 Przyjęto do druku: 24.11.2008

Key words: body image, body dissatisfaction, self-discrepancy theory, anxiety

Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2008, tom 4, nr 4, 143–151

Wstęp

Wizerunek ciała jest strukturą umysłową reprezentującą doświadczenia indywidualne — w sferze poznawczej, emocjonalnej i behawioralnej — związane z wyglądem własnego ciała [1]. Poznawczy aspekt obrazu ciała dotyczy percepcji własnego ciała — myśli, przekonań oraz treści schematów poznawczych, jakie człowiek posiada na temat wyglądu zewnętrznego. Wymiar emocjonalny wizerunku ciała wiąże się z przeżywaniem uczucia zadowolenia bądź niezadowolenia z wyglądu własnego ciała lub jego części oraz z lękiem przed przyrostem tkanki tłuszczowej (głównie w dolnych partiach ciała) [2]. Natomiast behawioralny aspekt wizerunku ciała najczęściej obejmuje zachowania, jakie podejmuje osoba w celu modelowania sylwetki (stosowanie diet, środków farmakologicznych i kosmetycznych, uprawianie ćwiczeń fizycznych, w skrajnych przypadkach poddawanie się zabiegom chirurgii estetycznej).

W wymiarze poznawczym zaburzenia percepcji wizerunku ciała można tłumaczyć, odwołując się do trzech głównych teorii: teorii perceptywnych artefaktów [3], teorii rozbieżności Ja Higginsa [4] oraz poznawczo-behawioralnego modelu rozwoju obrazu ciała opracowanego przez Casha [5].

Teorie percepcyjne skoncentrowane są na badaniu zdolności osoby do prawidłowego oszacowania wielkości i rozmiarów swojego ciała. Wyniki licznych badań prowadzonych w tym zakresie pokazują, że kobiety mają generalnie tendencje do przeszacowywania rozmiarów własnego ciała. Ocenianie części ciała jako szerszych, niż są w rzeczywistości odnosi się szczególnie do jego dolnych partii: talii, bioder i ud. Zaburzeniom w ocenie szerokości części ciała nie towarzyszą podobne zniekształcenia w ocenie wzrostu czy rozmiarów obiektów zewnętrznych. Przeszacowania rozmiarów własnego ciała są tym większe, im mniej ważą badane kobiety, zaś największe deformacje w spostrzeganiu własnego ciała występują u osób cierpiących na zaburzenia odżywiania [6]. Teoria perceptywnych artefaktów zakłada, że tendencja do przeszacowania rozmiarów własnego ciała negatywnie koreluje z jego aktualną wielkością. Potwierdziły to wyniki badań Coover i wsp. [7], w których wykazano, że osoby szczupłe były bardziej skłonne do przeszacowań rozmiarów własnego ciała aniżeli osoby o średniej i dużej wadze.

Odwołując się do teorii rozbieżności Ja Higginsa [4], zniekształcenia w zakresie percepcji wizerunku ciała można wyjaśnić poprzez regulacyjną i motywacyjną funkcją struktury Ja. Higgins wyróżnił trzy składowe systemu Ja, które reprezentują aktualne, idealne i powinnościowe cechy określane jako standardy lub ukierunkowania Ja. Według teorii Higginsa osoba dąży do zmniejszenia różnic (rozbieżności) między tym, jak siebie spostrzega (Ja aktualne) a tym, jaka chciałaby być (Ja idealne) lub tym, jaka powinna być (Ja powinnościowe). Istnienie rozbieżności w zakresie Ja aktualnego i określonego rodzaju standardu Ja konstituuje poznawczą strukturę i tworzy rodzaj negatywnej sytuacji psychologicznej związanej z emocjonalno-motywacyjnymi konsekwencjami. Aktywacja rozbieżności Ja o charakterze powinnościowym (Ja aktualne/Ja powinnościowe) wytwarza dyskomfort emocjonalny w postaci syndromu chronicznego dystresu obejmującego emocje lękowe (obawy, niepokój, napięcie, zdenerwowanie), natomiast dywergencja o charakterze życzeniowym (Ja aktualne/Ja idealne) powoduje pojawienie się doznań o charakterze depresyjnym (smutek, przygnębienie, zniechęcenie, niezadowolenie) [4]. Z teorii rozbieżności Ja wynika, że osoby z wysoką rozbieżnością między Ja aktualnym i Ja powinnościowym funkcjonują (na poziomie emocjonalno-motywacyjnym) mniej optymalnie w porównaniu z osobami o niskim poziomie tego rodzaju dychotomii, ponieważ w większym stopniu doświadczają emocji lękowych, niepokoju, zdenerwowania, napięcia oraz są bardziej ukierunkowane na unikanie niepowodzenia [8].

Cash [5] (twórca poznawczo-behawioralnego modelu rozwoju obrazu ciała) zakłada, że przyczyny dysfunkcyjnych doświadczeń związanych z percepcją wizerunku ciała mają charakter historyczny i rozwojowy, co więcej, wpływają pośrednio na zdobywane z dnia na dzień doświadczenia jednostki dotyczące jej własnego ciała. Na czynnik historyczny składa się: proces socjalizacji jednostki, jej interpersonalne doświadczenia (np. historia nawyków jedzeniowych), charakterystyka fizyczna (np. wskaźnik masy ciała [BMI, *body mass index*]) oraz atrybuty osobowościowe (np. poczucie własnej wartości). Powyższe czynniki wpływają na rozwój schematu obrazu ciała, który może być aktywowany przez codzienne zdarzenia (np. społeczna obserwacja, porównania społeczne, noszenie określonych ubrań). Te z kolei pozostają w interakcji z wewnętrznym dialogiem (myślami, interpretacjami, konkluzjami), który uaktywnia emocje związane z obrazem ciała i generuje motywację do podjęcia określonych zachowań mających na celu zmniejszenie siły ich oddziaływania (np. unikanie sytuacji społecznych, podejmowanie działań kompensacyjnych). W dalszej kolejności zachowania te wzmacniane są przez regulacyjną rolę emocji [5].

Tabela 1. Charakterystyka badanych grup

		M ± SD	F	PA vs. WD	PA vs. ŚD	PA vs. PD	WD vs. ŚD	WD vs. PD	ŚD vs. PD
<i>p</i>									
Wiek	PA	17,40 ± 1,12	811,19	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
	WD	22,07 ± 1,38							
	ŚD	34,30 ± 3,17							
	PD	46,50 ± 3,16							
BMI	PA	19,04 ± 1,77	41,89	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
	WD	20,98 ± 2,19							
	ŚD	23,03 ± 2,34							
	PD	26,90 ± 3,20							

M — mediana; PA — późna adolescencja; WD — wczesna dorosłość; ŚD — średnia dorosłość; PD — późna dorosłość; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe; BMI (*body mass index*) — wskaźnik masy ciała

Najczęściej wymienianymi emocjami, które kobiety odczuwają w stosunku do obrazu swojego ciała, są uczucie zadowolenia bądź niezadowolenia z wyglądu zewnętrznego oraz lęk przed przyrostem tkanki tłuszczowej. Wymienione emocje w znaczący sposób wpływają na sposób, w jaki osoba spostrzega swoje ciało i przy współdziałaniu z innymi czynnikami (samoocena, osobowość, indywidualne doświadczenia związane z ciałem) mogą stać się źródłem zaburzeń w jego percepcji.

Wizerunek ciała pełni ważną funkcję regulacyjną w zachowaniu człowieka. Zaburzenia w sferze percepcji, niezdolność do prawidłowego oszacowania rozmiarów swojego ciała, świadomość istnienia rozbieżności pomiędzy własnym wyglądem a społecznie lansowanym ideałem oraz przeżywanie w związku z tym przykrych uczuć wstydu, lęku i niezadowolenia mogą skłonić osobę do podjęcia destruktywnych i patologicznych zachowań (diety, kompulsywne ćwiczenia fizyczne, prowokowanie wymiotów), które, utrzymując się w czasie, mogą stać się czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania.

Celem pracy było scharakteryzowanie i porównanie zmiennych wchodzących w skład poznawczego i emocjonalnego wymiaru wizerunku ciała u kobiet w różnych fazach rozwojowych (późna adolescencja, wczesna dorosłość, średnia dorosłość, późna dorosłość), a także sprawdzenie związków, jakie zachodzą pomiędzy komponentami wizerunku ciała a zachowaniami charakterystycznymi dla zaburzeń odżywiania.

Materiał i metody

W badaniach wzięło udział 130 kobiet w wieku 16–50 lat. Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 28,6 roku (odchylenie standardowe [SD, *standard deviation*] ± 11,24), zaś średni BMI wahał się w granicach 15,4–34,3 kg/m² i był

równy 22,2 kg/m² (SD ± 3,6). Badaną grupę kobiet podzielono na cztery podgrupy, kierując się kryterium rozwojowym (cykle życia oraz zadania rozwojowe): późna adolescencja (n = 26; 16–19 lat), wczesna dorosłość (n = 53; 20–25 lat), średnia dorosłość (n = 22; 30–39 lat) oraz późna dorosłość (n = 29; 40–50 lat) [9, 10]. Charakterystykę badanych grup przedstawiono w tabeli 1.

W badaniu wykorzystano:

- Test Sylwetek (CDRS, *Contour Drawing Rating Scale*) Thompsona i Graya [11] — poddano analizie trzy struktury Ja (Ja realne, Ja idealne i Ja powinnościowe) oraz istniejące pomiędzy nimi rozbieżności (wymiar poznawczy obrazu ciała). Test przedstawia 9 sylwetek kobiecych, które uporządkowane są od bardzo szczupłych do bardzo otyłych. Zadaniem badanego jest wskazanie postaci, która odzwierciedla jego aktualną sylwetkę ciała, która przedstawia idealną sylwetkę ciała oraz tej, która przedstawia sylwetkę ciała, jaką powinna posiadać kobieta. Uzyskane wyniki pozwalają określić stopień rozbieżności pomiędzy Ja realnym, Ja idealnym i Ja powinnościowym oraz preferowane przez kobiety sylwetki ciała;
- Skalę Niezadowolenia z Ciała (*Body Dissatisfaction*) Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania 2 (EDI-2, *Eating Disorder Inventory 2*) Garnera [12] (wymiar emocjonalny obrazu ciała);
- Kwestionariusz Lęku–Stanu i Lęku–Cechy wobec Wyglądu Fizycznego (PASTAS, *Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale*) Thompsona [13] (wymiar emocjonalny obrazu ciała). Osoba badana określa, w jakim stopniu czuje się aktualnie (lęk–stan) i generalnie (lęk–cecha) zaniepokojona wyglądem i częściami swojego ciała — stopień nasilenia lęku odnosi się do szesnastu części ciała: pierwsze osiem stwierdzeń dotyczy dolnych partii ciała, które kojarzone są z gromadzeniem się tkanki tłuszczowej (obszary otyłe, uda,

Tabela 2. Emocjonalny i poznawczy wymiar wizerunku ciała w badanych grupach

		M ± SD	F	PA vs. WD	PA vs. ŚD	PA vs. PD	WD vs. ŚD	WD vs. PD	ŚD vs. PD
<i>p</i>									
Wymiar emocjonalny									
Niezadowolenie z ciała	PA	9,46 ± 6,74	0,86	0,082	0,415	0,504	0,474	0,305	0,843
	WD	6,40 ± 7,33							
	ŚD	7,73 ± 7,80							
	PD	7,44 ± 7,44							
Wymiar poznawczy									
Ja realne	PA	4,27 ± 1,43	11,85	0,009	0,001	0,000	Ja realne		
	WD	5,25 ± 1,62					0,180	0,000	0,004
	ŚD	5,77 ± 1,74							
	PD	7,03 ± 1,23							
Ja idealne	PA	3,23 ± 0,95	12,03	0,019	0,000	0,000	Ja idealne		
	WD	3,79 ± 0,92					0,025	0,000	0,045
	ŚD	4,36 ± 1,13							
	PD	4,93 ± 0,88							
Ja powinnościowe	PA	3,38 ± 0,80	7,10	0,003	0,001	0,000	Ja powinnościowe		
	WD	4,09 ± 0,96					0,376	0,003	0,093
	ŚD	4,32 ± 1,08							
	PD	4,79 ± 1,08							

M — mediana; PA — późna adolescencja; WD — wczesna dorosłość; ŚD — średnia dorosłość; PD — późna dorosłość; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

pośladki, biodra, talia, brzuch, nogi i jędrność mięśni), osiem kolejnych dotyczy części ciała, które najczęściej nie są spostrzegane jako otyłe (uszki, usta, dłonie, ręce, czoło, szyja, podbródek, stopy);

- Kwestionariusz Postaw wobec Jedzenia (EAT, *Eating Attitudes Test*) Garnera i Garfinkela [14]. Test składa się z 26 itemów zgrupowanych w trzech podskalach: 1) dieta (*dieting*), 2) bulimia (*bulimia*) oraz 3) restrykcje dietetyczne (*dieting restriction*). Badani odpowiadają na pytania za pomocą sześciopunktowej skali. Za każdą odpowiedź otrzymują od 0 do 3 punktów. Uzyskanie w danej skali co najmniej 20 punktów świadczy o istnieniu ryzyka pojawienia się zaburzeń odżywiania, pod warunkiem jednak, że wynik ten istotnie koreluje z BMI.

Wyniki

Uzyskane dane opracowano za pomocą metod statystycznych zawartych w programie SPSS (*Satistical Package for the Social Sciences*). Do zbadania istotności różnic między badanymi grupami posłużono się analizą wariancji ANOVA. W kolejnym etapie opracowywania danych obliczono współczynnik korelacji *r* Pearsona (między poznawczym i emocjonalnym wymiarem wizerunku ciała a behawioralnymi tendencjami charakterystycznymi dla zaburzeń odżywiania).

Na pierwszym etapie pracy przeprowadzono analizę wariancji ANOVA. Otrzymane wyniki zamieszczono w tabelach 2–5.

Pomiędzy badanymi grupami nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w emocjonalnym wymiarze wizerunku ciała dotyczącym braku satysfakcji z własnej sylwetki. Zauważono natomiast istotne statystycznie różnice w wymiarze poznawczym (tab. 2). Z przeprowadzonych badań wynika, że wraz z wiekiem wzrasta u kobiet świadomość rzeczywistego wyglądu własnego ciała (Ja aktualne), ideału kobiecej sylwetki (Ja idealne) oraz tego, jak fizycznie powinny wyglądać, aby ich wygląd pozostał w zgodzie z obowiązującymi w kulturze standardami dotyczącymi atrakcyjności i akceptacji społecznej (Ja powinnościowe). Najmniejszą świadomość aktualnego obrazu ciała posiadają badane adolescentki.

Porównując średnie wyniki behawioralnych aspektów zaburzeń odżywiania, stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami (tab. 3). Adolescentki oraz młode kobiety (20–15 lat) stosują więcej zachowań o charakterze restrykcyjnym (dieta) niż kobiety między 30. a 39. rokiem życia. Dodatkowo, grupa młodych kobiet częściej wykazuje zachowania bulimiczne niż grupa kobiet będąca w okresie późnej dorosłości.

W wymiarach lęku (jako stanu i jako cechy) dotyczącego wyglądu fizycznego w badanych grupach stwierdzono różnice istotne statystycznie (tab. 4 i 5). Badane dziewczęta w okresie późnej adolescencji wy-

Tabela 3. Behawioralne aspekty zaburzeń odżywiania w badanych grupach

		M ± SD	F	PA	PA	PA	WD	WD	ŚD
				vs. WD	vs. ŚD	vs. PD	vs. ŚD	vs. PD	vs. PD
<i>p</i>									
Dieta	PA	7,19 ± 6,22	2,26	0,485	0,027	0,591	0,002	0,178	0,077
	WD	8,17 ± 6,80							
	ŚD	3,41 ± 4,11							
	PD	6,34 ± 4,41							
Bulimia	PA	1,69 ± 1,71	1,50	0,246	0,584	0,492	0,085	0,045	0,923
	WD	2,11 ± 1,85							
	ŚD	1,45 ± 0,91							
	PD	1,41 ± 0,98							
Restrykcje dietetyczne	PA	4,69 ± 3,56	1,77	0,130	0,452	0,822	0,023	0,068	0,578
	WD	6,15 ± 4,24							
	ŚD	3,82 ± 3,29							
	PD	4,45 ± 4,27							

M — mediana; PA — późna adolescencja; WD — wczesna dorosłość; ŚD — średnia dorosłość; PD — późna dorosłość; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

Tabela 4. Natężenie lęku (jako stanu) wobec wyglądu fizycznego w badanych grupach — wyniki istotne statystycznie

Lęk-stan		M ± SD	F	PA	PA	PA	WD	WD	ŚD
				vs. WD	vs. ŚD	vs. PD	vs. ŚD	vs. PD	vs. PD
<i>p</i>									
Obszary otyłe	PA	1,27 ± 1,25	2,16	0,008	0,067	0,050	0,677	0,643	0,996
	WD	1,98 ± 1,16							
	ŚD	1,86 ± 0,99							
	PD	1,86 ± 0,99							
Biodra	PA	2,27 ± 1,48	1,32	0,423	0,043	0,937	0,118	0,461	0,046
	WD	2,02 ± 1,38							
	ŚD	1,50 ± 1,18							
	PD	2,24 ± 1,02							
Brzuch	PA	2,19 ± 1,62	2,56	0,159	0,792	0,020	0,104	0,201	0,013
	WD	2,64 ± 1,33							
	ŚD	2,09 ± 1,30							
	PD	3,03 ± 1,01							
Talia	PA	1,35 ± 1,87	1,94	0,111	0,754	0,082	0,063	0,701	0,048
	WD	1,85 ± 1,29							
	ŚD	1,23 ± 0,92							
	PD	1,97 ± 1,05							
Mięśnie	PA	0,73 ± 1,80	1,47	0,033	0,131	0,045	0,767	0,891	0,706
	WD	1,47 ± 1,38							
	ŚD	1,36 ± 1,13							
	PD	1,52 ± 1,43							
Czoło	PA	0,65 ± 2,38	1,50	0,650	0,146	0,386	0,216	0,139	0,021
	WD	0,51 ± 0,91							
	ŚD	0,09 ± 0,42							
	PD	0,97 ± 1,29							

M — mediana; PA — późna adolescencja; WD — wczesna dorosłość; ŚD — średnia dorosłość; PD — późna dorosłość; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

kazują silniejsze natężenie lęku jako stanu wobec wyglądu fizycznego dotyczącego obszarów otyłych, mięśni, bioder i brzucha w porównaniu z kobietami między 20. a 25. rokiem życia oraz między 30. a 39. ro-

kiem życia. Natomiast grupa będąca w wieku średnim charakteryzuje się silniejszym natężeniem lęku jako stanu wobec bioder, brzucha, talii oraz czoła niż grupa w przedziale wiekowym 40–50 lat.

Tabela 5. Natężenie lęku (jako cechy) wobec wyglądu fizycznego w badanych grupach kobiet — wyniki istotne statystycznie

Lęk-cecha		M ± SD	F	PA	PA	PA	WD	WD	ŚD
				vs. WD	vs. ŚD	vs. PD	vs. ŚD	vs. PD	vs. PD
<i>P</i>									
Obszary otyłe	PA	1,23 ± 1,21	3,44	0,002	0,090	0,019	0,227	0,569	0,610
	WD	2,088 ± 1,19							
	ŚD	1,77 ± 0,92							
	PD	1,93 ± 0,96							
Brzuch	PA	1,77 ± 1,42	3,64	0,082	0,992	0,002	0,102	0,073	0,004
	WD	2,28 ± 1,23							
	ŚD	1,77 ± 1,15							
	PD	2,79 ± 1,01							
Nogi	PA	1,04 ± 1,18	1,70	0,077	0,983	0,049	0,100	0,633	0,063
	WD	1,53 ± 1,29							
	ŚD	1,05 ± 1,04							
	PD	1,66 ± 0,89							
Talia	PA	1,00 ± 1,35	2,85	0,022	0,676	0,007	0,090	0,431	0,031
	WD	1,62 ± 1,22							
	ŚD	1,14 ± 0,71							
	PD	1,83 ± 0,96							
Mięśnie	PA	0,38 ± 0,89	3,64	0,002	0,002	0,001	0,573	0,551	0,985
	WD	1,28 ± 1,24							
	ŚD	1,45 ± 1,10							
	PD	1,45 ± 1,37							
Uszy	PA	0,00 ± 0,00	3,11	0,240	0,815	0,003	0,399	0,020	0,008
	WD	0,19 ± 0,55							
	ŚD	0,05 ± 0,21							
	PD	0,55 ± 1,24							
Usta	PA	0,19 ± 0,69	1,33	0,602	0,303	0,046	0,493	0,072	0,388
	WD	0,28 ± 0,63							
	ŚD	0,41 ± 0,85							
	PD	0,59 ± 0,82							
Ręce	PA	0,15 ± 0,46	3,93	0,076	0,912	0,001	0,120	0,032	0,002
	WD	0,53 ± 0,93							
	ŚD	0,18 ± 0,50							
	PD	0,97 ± 1,26							
Czoło	PA	0,12 ± 0,43	3,69	0,228	0,913	0,001	0,207	0,012	0,002
	WD	0,34 ± 0,78							
	ŚD	0,09 ± 0,29							
	PD	0,79 ± 1,20							
Szyja	PA	0,00 ± 0,00	2,90	0,060	0,133	0,001	0,948	0,049	0,095
	WD	0,38 ± 0,86							
	ŚD	0,36 ± 0,84							
	PD	0,76 ± 1,05							
Podbródek	PA	0,00 ± 0,00	3,90	0,013	0,047	0,000	0,931	0,047	0,089
	WD	0,57 ± 1,02							
	ŚD	0,55 ± 1,05							
	PD	1,00 ± 1,06							
Stopy	PA	0,27 ± 0,72	1,74	0,049	0,991	0,078	0,065	0,987	0,095
	WD	0,75 ± 1,09							
	ŚD	0,27 ± 0,88							
	PD	0,76 ± 1,12							

M — mediana; PA — późna adolescencja; WD — wczesna dorosłość; ŚD — średnia dorosłość; PD — późna dorosłość; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

U adolescentek silniejsze natężenie lęku jako cechy wobec wyglądu fizycznego dotyczy obszarów otyłych, talii, mięśni, podbródka i stóp — w porównaniu

z kobietami w przedziale wiekowym między 20. a 25. rokiem życia, mięśni i podbródka — w porównaniu z kobietami w przedziale wiekowym między 30. a 39.

Tabela 6. Istotnie statystycznie zależności pomiędzy behawioralnymi aspektami zaburzeń odżywiania a poznawczym i emocjonalnym wymiarem obrazu ciała

Behawioralne aspekty zaburzeń odżywiania	Ja realne		Niezadowolenie z ciała		
	PA	PD	PA	WD	PD
Dieta	0,399*	0,618**	0,644**	0,541**	
Bulimia				0,328*	0,541*
Restrykcje dietetyczne					

* p < 0,05; ** p < 0,001; PA — późna adolescencja; WD — wczesna dorosłość; ŚD — średnia dorosłość; PD — późna dorosłość

Tabela 7. Istotnie statystycznie zależności pomiędzy behawioralnymi aspektami zaburzeń odżywiania a emocjonalnym wymiarem obrazu ciała — lęk jako stan

Lęk-stan	Dieta			Bulimia			Restrykcje dietetyczne		
	PA	WD	PD	PA	ŚD	PD	PA	WD	PD
Obszary otyłe				,441*		,428*			
Uda				,506*					
Pośladki				,525*				,289*	
Biodra				,592*					
Brzuch			-,368*						-,464*
Nogi	,445**								
Talia	,501**								
Mięśnie	,586**			,542**			,398*		
Usta	,429*			,448*					
Ręce		,293*	,379*				,417*		,513**
Czoło						,405*			

*p < 0,05; **p < 0,01; PA — późna adolescencja; WD — wczesna dorosłość; ŚD — średnia dorosłość; PD — późna dorosłość

rokiem życia, wszystkich partii ciała poza stopami — w porównaniu z kobietami w przedziale wiekowym między 40. a 50. rokiem życia. Badane kobiety w okresie wczesnej dorosłości, w porównaniu z kobietami w okresie późnej dorosłości, wykazują silniejsze natężenie lęku jako cechy wobec uszu, rąk, czoła, szyi i podbródka. Natomiast u kobiet między 30. a 39. rokiem życia silniejszy, niż u kobiet w wieku 40–50 lat, jest lęk związany z kształtem brzucha, talii, uszu, rąk i czoła.

Do porównania związków pomiędzy behawioralnymi aspektami zaburzeń odżywiania a poznawczymi i emocjonalnymi wymiarami obrazu ciała wykorzystano współczynnik korelacji r Pearsona. Istotnie statystycznie zależności pomiędzy behawioralnymi aspektami zaburzeń odżywiania a poznawczym i emocjonalnym wymiarem obrazu ciała zawarto w tabeli 6.

Istotnie statystycznie zależności pomiędzy behawioralnymi aspektami zaburzeń odżywiania a emocjonalnym wymiarem obrazu ciała przedstawiono w tabeli 7 (lęk jako stan) oraz tabeli 8 (lęk jako cecha).

U badanych dziewcząt w okresie dojrzewania (między 16. a 19. rż.) stosowanie diety współwystępuje

z niezadowoleniem z własnej sylwetki, napięciem lękowym wynikającym z wyglądu fizycznego w odniesieniu do nóg, ud, brzucha, bioder, pośladków, mięśni, talii i ust (wymiar emocjonalny) oraz aktualnym wyglądem sylwetki (wymiar poznawczy). Zaś zachowania bulimiczne dodatkowo korelują z lękiem wynikającym z wyglądu fizycznego w odniesieniu do talii, nóg, brzucha i bioder (wymiar emocjonalny). U kobiet w okresie wczesnej dorosłości (między 20. a 25. rż.) brak satysfakcji z własnego ciała dodatkowo koreluje z tendencją do stosowania diety oraz podejmowaniem zachowań o charakterze bulimicznym. Istnieją współzależności między zachowaniami charakterystycznymi dla zaburzeń odżywiania a napięciem lękowym dotyczącym wyglądu fizycznego. Młode kobiety rozładowują lęk dotyczący wyglądu rąk za pomocą diety, pośladków za pomocą restrykcji dietetycznych, natomiast lęk związany z wyglądem twarzy (usta, szyja, podbródek) oraz z obszarami ciała, takimi jak: uda, biodra czy pośladki, starają się redukować poprzez zachowania o charakterze bulimicznym. W trzeciej grupie (średnia dorosłość — 30–39 lat) zachowania bulimiczne pozostają w za-

Tabela 8. Istotne statystycznie zależności pomiędzy behawioralnymi aspektami zaburzeń odżywiania a emocjonalnym wymiarem obrazu ciała — lęk jako cecha

Lęk-cecha	Dieta			Bulimia		Restrykcje dietetyczne	
	PA	WD	PD	PA	WD	PA	PD
Obszary otyłe	,413*	,450**					
Uda	,556**	,463**	-,540**		,290*		
Pośladki	,433*	,300*	-,509**				
Biodra	,436*	,472**		,434*	,352**		
Brzuch	,529**			,494*			-,374*
Nogi	,586**	,396**		,578**			
Talia		,378**		,653**			
Mięśnie		,305*			,401**		
Usta					,366**		
Ręce						,417*	
Szyja					,430**		
Podbródek					,278*		

*p < 0,05; **p < 0,01; PA — późna adolescencja; WD — wczesna dorosłość; ŚD — średnia dorosłość; PD — późna dorosłość

leżności z lękiem dotyczącym wyglądu ud, pośladków i bioder. U badanych kobiet między 40. a 50. rokiem życia (późna dorosłość) niezadowolenie z ciała skorelowane jest z zachowaniami bulimicznymi, zaś Ja realne ze stosowaniem diety. Istnieje również współzależność (korelacja ujemna) pomiędzy lękiem dotyczącym wyglądu takich części ciała, jak: uda, pośladki, brzuch a stosowaniem diet i restrykcji dietetycznych.

Dyskusja

Badane adolescentki i kobiety między 20. a 25. rokiem życia ujawniły najsilniejsze skłonności w zakresie podejmowania zachowań o charakterze nieprawidłowości związanych z odżywianiem się. Z badań wynika więc, że obydwie badane populacje stanowią grupę najwyższego ryzyka rozwinięcia się zaburzeń jedzenia w przyszłości. Co ważniejsze, w przypadku dziewcząt w okresie dojrzewania (późna adolescencja) niezadowolenie z własnej sylwetki, Ja realne oraz lęk wobec wyglądu fizycznego korelowały głównie ze skalami związanymi z zachowaniami o charakterze jadłowstrętu psychicznego, natomiast u młodych kobiet (wczesna dorosłość) niezadowolenie z własnego ciała oraz lęk wobec wyglądu fizycznego korelowały z zachowaniami o charakterze żartoczości psychicznej. Można przypuszczać zatem, że w okresie adolescencji, kiedy pojawia się kryzys tożsamości warunkujący rozwój osobowości młodego człowieka, badane dziewczęta dążą do uzyskania niezależności i autonomii poprzez

kontrolowanie swojego ciała. Natomiast kobiety będące w fazie wczesnej dorosłości rozładowują napięcia w stosunku do swojego ciała głównie za pomocą zachowań kompensacyjnych (bulimia), co zdaniem auterek, można tłumaczyć istnieniem nieprawidłowości w zakresie procesów samoregulacji na linii percepcja ciała–emocje–zachowanie.

Uzyskane wyniki wskazują ponadto, że między badanymi grupami istnieją istotne różnice dotyczące masy ciała. Wskaźnik masy ciała badanych kobiet znajduje się w normowadze, jedynie grupa między 40. a 50. rokiem życia posiada nadwagę. Choć wskaźnik wago-wzrostowy jest w normowadze, adolescentki nie są zadowolone ze swojego aktualnego wyglądu (Ja realne) i korygują go za pomocą diet. Podobnie czynią kobiety w okresie późnej dorosłości. Ponadto w grupie tej niezadowolenie z własnego ciała współwystępuje ze stosowaniem zachowań bulimicznych, co w przypadku kobiet z nadwagą wskazuje na chęć obniżenia masy ciała i posiadanie szczuplejszej sylwetki kosztem własnego zdrowia. Przez stosowanie zachowań kompensacyjnych (prowokowanie wymiotów, zażywanie środków przeczyszczających, diuretyków, stosowanie ścisłej diety, poszczenie) kobiety zaangażowane są w działania mające na celu redukcję masy ciała. Jak dowodzą wyniki badań, istnieją silne powiązania między nadwagą i otyłością a brakiem satysfakcji ze swojego wyglądu. Świadomość własnego ciała jest u osób otyłych mniejsza w porównaniu z osobami szczupłymi, ponadto przeceniają one swoje aktualne rozmiary ciała i charakteryzują się dużym niezadowoleniem z własnej sylwetki [15].

Warto zwrócić uwagę, że zarówno w grupie kobiet będących w okresie późnej adolescencji, jak i późnej dorosłości brak satysfakcji z własnego ciała współwystępuje ze stosowaniem diety. Co może być tego przyczyną? Jednym z powodów doświadczania przez kobiety uczucia niezadowolenia z własnej sylwetki jest opisane przez Fredrickson i Roberts [16] seksualne zjawisko obiektywizacji, które występuje wówczas, gdy kobiecie ciało traktowane jest jako źródło przyjemnych doznań. Ludzie patrzą na nie i wciąż je sprawdzają pod kątem zgodności z obowiązującymi standardami. Taki sposób patrzenia na sylwetkę jest przez kobietę internalizowany. Z czasem uczy się traktować swoje ciało jako obiekt obserwacji i ewaluacji. Nieustanne przyglądanie się ciału rodzi szereg negatywnych konsekwencji natury emocjonalnej oraz behawioralnej. Należą do nich wstyd i lęk wywołany świadomością dostrzeganych rozbieżności między własną sylwetką a lansowanym w danej kulturze ideałem oraz zmniejszanie się świadomości bodźców płynących z wnętrza ciała (świadomość interoceptywna). Wśród znacznie poważniejszych konsekwencji nadmiernej kontroli nad własnym ciałem wymienia się jednobiegunową depresję, dysfunkcje seksualne oraz anoreksję i bulimię psychiczną [16]. Dodatkowym źródłem odczuwania przez kobietę braku satysfakcji z obrazu ciała może być sposób, w jaki spostrzega ona własną cielesność. Zgodnie z teorią Franzi [za 17] człowiek może traktować własne ciało jako swego rodzaju „obiekt” (*body-as-object*) złożony ze zbioru części składowych: twarz, nogi, biodra, oczy, itd. bądź też pojmować ciało jako „proces” (*body-*

as-process) — koncentrując się wówczas na jego funkcjonowaniu i ujmując je jako mniej lub bardziej sprawnie działającą całość. Spostrzeganie swojego ciała w kategoriach obiektu i/lub procesu istotnie wpływa na obraz ciała oraz zadowolenie z własnej sylwetki. Kobiety częściej postrzegają swoje ciało w kategoriach „obiektu”, gdyż są zazwyczaj oceniane pod kątem standardów atrakcyjności (mężczyźni zaś zdecydowanie częściej percepują swoje ciało w kategoriach procesu).

Nie ulega wątpliwości, że u badanych kobiet będących w różnych stadiach rozwojowych wizerunek ciała odgrywa istotną rolę. Nadmierne zaabsorbowanie własnym wyglądem oraz działania mające na celu redukcję lub kontrolowanie masy ciała (dieta, przeczyszczanie się) mogą nasilać lęk związany z byciem otyłą, co w konsekwencji może prowadzić do zachowań charakterystycznych dla zaburzeń odżywiania (mechanizm błędnego koła). Jak podkreśla Garner [12], zniekształcony obraz ciała w interakcji z innymi czynnikami (osobowościowymi, intrapsychoicznymi, społeczno-kulturowymi) może prowadzić do rozwoju anoreksji i bulimii psychicznej.

Wnioski

Rezultaty badań pokazują, że w analizowanych grupach żeńskich będących w różnych stadiach rozwojowych istnieją zależności między behawioralnymi aspektami zaburzeń odżywiania a poznawczym i emocjonalnym wymiarem obrazu ciała.

Piśmiennictwo

1. Stewart T.M., Williamson D.A.: Assessment of body image disturbance. W: Thompson J.K. (red.). Handbook of eating disorders and obesity. Wiley, New York 2003: 495–514.
2. Rybicka-Klimczyk A.: Czynniki socjokulturowe a zmiany w obrazie ciała i postaw wobec odżywiania się u zróżnicowanych wiekiem kobiet polskich. Niepublikowana praca magisterska. Uniwersytet Śląski, Katowice 2008.
3. Penner L.A., Thompson J.K., Covert D.L.: Size estimation among anorexics. Much ado about very little? J. Abnorm. Psychol. 1991; 100: 90–93.
4. Higgins T.: Self-discrepancy: A theory relating self and affect. Psychol. Review. 1987; 94 (3): 319–340.
5. Cash T.F.: Cognitive-behavioral perspectives on body image. W: Cash T.F., Pruzinsky T. (red.). Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice. The Guilford Press, New York, London 2002: 38–46.
6. Heinberg J.L.: Theories of body image disturbance: perceptual, developmental, and sociocultural factors. W: Thompson J.K. (red.). Body image, eating disorders, and obesity. An integrative guide for assessment and treatment. American Psychological Association DC, Washington 1996: 27–49.
7. Covert D.L., Thompson J.K., Kinder B.N.: Interrelationship among multiple aspects of body image and eating disturbance. Int. J. Eat. Disord. 1988; 7: 495–502.
8. Wojdyło K.: Skala pomiaru rozbieżności Ja (SKRAP) — konstrukcja narzędzia oraz wstępna charakterystyka psychometryczna. Nowiny Psychologiczne. 2004; 4: 27–46.
9. Turner J.S., Helms D.B.: Rozwój człowieka. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999.
10. Bee H.: Psychologia rozwoju człowieka. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004.
11. Thompson J.K., Gray J.J.: Development and validation of a new body image assessment scale. J. Pers. Assess. 1995; 64: 258–269.
12. Garner D.M.: Eating Disorder Inventory-2 manual. Psychological Assessment Resources, Florida 1991.
13. Thompson J.K.: Assessing body image disturbance: Measure, methodology, and implementation. W: Thompson J.K. (red.). Body image, eating disorders, and obesity. An integrative guide for assessment and treatment. American Psychological Association DC, Washington 1996: 49–83.
14. Garner D.M., Garfinkel P.E.: Eating Attitudes Test. Satellite Teleconference: February 25, 1999. <http://www.ace-network.com/eatdis/EATtest.htm>.
15. Johnstone A.M., Stewart A.D., Benson P.J., Kalafati M., Rechtenwald L., Horgan G.: Assessment of body image in obesity using a digital morphing technique. J. Hum. Nutr. Diet. 2008; 21 (3): 256–267.
16. Fredrickson B.L., Roberts T.A.: Objectification theory. Towards understanding women's lived experiences and mental health risk. Psychology of Women Quarterly 1997; 21: 173–206.
17. Mandal E.: Ciało jako proces — ciało jako obiekt. Obraz ciała u studentów Akademii Wychowania Fizycznego i studentów kierunków uniwersyteckich. Czasopismo Psychologiczne 2004; 10 (1): 35–47.