

## Percepcja własnego ciała – istotny składnik obrazu samego siebie

prof. dr hab. Jan Tyłka

Instytut Kardiologii, Warszawa



Percepcja własnego ciała stanowi istotny składnik obrazu samego siebie. Obraz siebie, nasze mniemanie o sobie jest jednym z największych sił osobowości regulujących postępowanie [7].

Już w latach 30. XX w. jeden z wielkich psychologów, Alfred Adler, pisał o istotnej roli obrazu siebie w życiu i działaniu osoby, wskazując, że postępowanie człowieka jest następstwem jego mniemania o sobie samym i o świecie. Tak prezentujemy się otoczeniu i takie jest nasze zachowanie, jaki mamy obraz siebie, jakie są nasze przeważające mniemania o sobie.

Tacy autorzy, jak Combs i Snygg [3] czy Nuttin [4] wskazują na to, że istotę obrazu siebie stanowią te właściwości, które osoba uznaje za swoje, nazywa swoimi lub sobą.

Obraz siebie składa się zarówno z właściwości psychicznych (takich m. in. jak potrzeby, postawy, uzdolnienia, emocje), jak i fizycznych (sprawne, silne ciało lub słabe i chore).

Obraz własnego ciała jest budowany od urodzenia. Poznawanie go zaczyna się (zgodnie z poglądami przedstawicieli psychologii rozwojowej) ok. 5. mies. życia, a w okresie adolescencji jednostka zaczyna dostrzegać zależność między zdrowiem a wyglądem zewnętrznym i rozwija w sobie zainteresowanie własnym ciałem.

Wspomniany wcześniej Alfred Adler wskazywał na znaczenie negatywnej oceny własnej budowy fizycznej dziecka dla kształtowania się jego charakteru.

Przytaczane przez Sieka [7] badania Jourarda pokazują, że lepiej rozwinięte części własnego ciała oraz lepiej (bardziej harmonijnie) zbudowane i rozwinięte własne ciało jest źródłem bardziej pozytywnych uczuć wobec siebie, a także stwarza podstawę dla lepszego wartościowania siebie jako osoby.

Obraz siebie ma podstawowe znaczenie dla integracji procesów psychofizycznych jednostki. Przeżywane rozczarowania, doznawane urazy, choroby mogą wpływać na destabilizację obrazu siebie. Doznawanie urazów może być związane z okresem starzenia się organizmu (np. klimakterium u kobiet) czy spadkiem sił witalnych.

Wiele osób doświadcza kryzysu obrazu siebie między 45. a 60. rokiem życia. Jest to tzw. wiek średni, w którym dochodzi do ścierania się pewnych sprzeczności. Otóż z jednej strony zarówno kobiety, jak i mężczyźni dochodzą do największej produktywności i wnoszą najbardziej istotny wkład w życie społeczne, z drugiej strony pojawiają się zmiany fizjologiczne (spadek poziomu testosteronu i estrogenów), utrata wigoru fizycznego, ubytek sił, zaś pojawiające się choroby działają jako zespół bodźców negatywnie wpływających na obraz własnego ciała i obraz samego siebie. Birsch i Malim [2] wskazują, że osoba w tym wieku musi:

- nauczyć się wyżej cenić mądrość niż siłę lub atrakcyjność fizyczną;
- wypracować nowe kryteria w relacjach z partnerem płci przeciwnej (bardziej ukierunkowane na niepowtarzalne cechy indywidualne niż atrakcyjność seksualną);
- ukształtować w sobie zdolność do zmiany obiektu zaangażowania emocjonalnego, zarówno gdy idzie o ludzi, jak i formy aktywności (praca, rozrywka);
- dążyć do zachowania elastyczności umysłowej i pozostać otwartym na nowe idee oraz sposoby działania.

Czy jednak łatwo dokonywać w sobie korzystnych przystosowawczo przemian w sytuacji, kiedy wyzwania i naciski społeczno-kulturowe są traktowane jako wyznaczniki bycia nowoczesnym (*cool or trendy*)? Naciski mediów dotyczące standardów urody są zjawiskiem obecnym w naszym codziennym życiu. Proponowany przez media wizerunek jest prawie nieosiągalny dla zwykłego śmiertelnika, chociaż może być przedmiotem pożądania.

W sytuacji choroby problem obrazu własnego ciała sprowadza się przede wszystkim do obniżenia lub całkowitego wyeliminowania negatywnych bodźców (przejawów choroby), których działanie w organizmie generuje lęk o własną egzystencję i utrudnia normalne funkcjonowanie. W tym momencie elementy urody są sprawą drugorzędą, a na pierwszy plan wysuwa się potrzeba odzyskania zdrowia. Kiedy jednak choroba została opanowana (niebezpieczeństwo zażegnane), jednym z istotnych zadań, jakie stoją przed pacjentem w procesie przystosowania się, jest zachowanie satysfakcjonującego obrazu siebie, w tym przede wszystkim sposobu postrzegania własnego ciała.

Od sposobu widzenia własnego ciała zależy nie tylko nastrój i zadowolenie z siebie i z życia, ale także bardzo wiele zachowań społecznych i postaw ze sfery aktywności i kultury fizycznej [6].

Oczekując zatem, iż efektem terapii (a zwłaszcza rehabilitacji) po przebytej operacji serca będzie dobry poziom funkcjonowania osoby w jej rolach społecznych i zawodowych, musimy postawić pytanie o udział środowiska społecznego (w tym właśnie terapeutycznego) w kształtowaniu trafnego postrzegania własnego ciała przez pacjenta.

W oczekiwania te wpisują się właśnie zagadnienia poruszane przez autorów z Health Sciences Centre Uniwersytetu Alberta w Kanadzie.

Jakkolwiek praca Kantocha i wsp. odnosi się bezpośrednio do chorych po zabiegach kardiologicznych, to przecież z podobnymi problemami możemy spotkać się również w innych jednostkach chorobowych (np. schorzenia dermatologiczne, mastektomia).

Dobrze, że autorzy publikacji podjęli próbę powiązania przeżyć pacjentów związanych z percepcją blizny pooperacyjnej z wieloma aspektami ich życia, a nie tylko z samym przeżywaniem choroby. Dobrze też, że dostrzegli różnice między płciami, gdy idzie o nadawanie znaczenia bliznom powstałym po zabiegu kardiologicznym.

Blizna na klatce piersiowej dla kobiety (zwłaszcza młodej) nie jest bowiem tym samym czym dla mężczyzny i może stanowić istotną barierę dla kształtowania pozytywnych (wolnych od napięcia i obaw) nastawień wobec niektórych aspektów życia.

Tematyka tu poruszona budzi wiele pytań, m. in.:

- Czy z sukcesem przeprowadzony zabieg kardiologiczny uwalnia chorego od subtelnych (ale ważnych dla jakości jego życia) wątpliwości?
- Czy kardiologowie dysponują odpowiednią wiedzą dotyczącą problemów psychicznych chorych, a jeśli nie, to czy korzystają w tym zakresie z pomocy psychologów?
- Czy kompleksowe oddziaływanie rehabilitacyjne wobec pacjentów kardiologicznych jest stałym elementem postępowania leczniczego i czy jest indywidualizowane (np. z przewagą oddziaływań psychologicznych w wydłużonym czasie)?

Chodzi bowiem o to, aby niezwykle osiągnięcia kardiologii były wzmocniane działaniami odnoszącymi się do tych obszarów życia pacjenta, które zupełnie wymykają się kompetencjom chirurga, a które w istotny sposób wpływają na jakość życia osób po zabiegach kardiologicznych.

Bo, jak napisał Luis Lasagne, jest rzeczą konieczną poświęcić więcej energii człowiekowi dla poprawy jakości życia, gdyż w ten sposób stanie się być może radosny lub

twórczy. W przeciwnym razie istnienie jest niczym innym jak tylko nudnym rozwojem komórek posępnego biologicznego zegara.

### Piśmiennictwo

1. Adler A. Sens życia. *Gebethner i Wolff*, Kraków 1973.
2. Birch A, Malim T. Psychologia rozwojowa w zarysie od niemowlęctwa do dorosłości. *Wydawnictwo Naukowe PWN*, Warszawa 1995.
3. Combs A, Snygg, D. Individual behavior. *Harper*, New York 1959.
4. Nuttin J. Struktura osobowości. *PWN*, Warszawa 1968.
5. Oleś PK. Psychologia przełomu potowy życia. *Towarzystwo Naukowe KUL*, Lublin 2000.
6. Sheridan ChL, Radmacher SA. Psychologia Zdrowia. *Instytut Psychologii Zdrowia PTP*, Warszawa 1998.
7. Siek S. Formowanie osobowości. *Wydawnictwo ATK*, Warszawa 1986.
8. Tylka J. Zagadnienia jakości życia w rehabilitacji kardiologicznej. *Postępy Rehabilitacji* 1997; 4: 43-8.