

Aleksandra Zarek

## ZMIANY OBRAZU CIAŁA W WYNIKU CHOROBY I INTERWENCJI MEDYCZNYCH

### THE CHANGES IN BODY IMAGE AS A RESULT OF ILLNESS AND MEDICAL INTERVENTIONS

Pomorska Akademia Medyczna  
Samodzielna Pracownia Psychologii i Socjologii Lekarskiej  
Kierownik: dr n. hum. Maria Siemińska

*Autorka przedstawia w tym artykule przegląd aktualnych badań nad zmianami obrazu ciała w przebiegu poważnych chorób somatycznych. Uwypukla w nich znaczący wpływ wieku, w którym te zmiany nastąpiły na ich akceptację. Postuluje przy tym konieczność wprowadzenia pomocy psychologicznej w proces rehabilitacji pochorobowej.*

**body image**  
**medical interventions**

**Summary:** The concept of the body image is a multidimensional one – it applies to the body appearance, its perception, evaluation and emotional attitude towards one's own body. Its dynamics follow physical changes, as well as environmental assessment. Most people do not accept some aspects of their body, though women tend to be less satisfied with their bodies than men. Body image disturbance is often connected with chronic illness or it is present among patients who underwent invasive medical procedures. Body image satisfaction influences the improvement in patients' functioning in motor activities – it is connected with prosthesis satisfaction and contributes to increasing the time of prosthetic usage. Body image satisfaction influences self-esteem and in consequence the undertaking social activities, as well. On the other hand, body image dissatisfaction is connected with an increased level of anxiety and depressive symptoms. Body image training should be included in patients' rehabilitation process, not only in its physical, but also the psychological aspect. Building up of a positive body image in patients and sustaining it, following treatment might be a crucial element facilitating adaptation to the illness.

#### 1. Obraz ciała

Obraz ciała jest pojęciem trudnym do zdefiniowania ze względu na jego wielowymiarowy charakter. Przez jednostkę percepowany jest zarówno w aspekcie umysłowym i emocjonalnym, jak i sensorycznym. Ma subiektywne (wewnętrzne), obiektywne (fizyczne), a także społeczne odniesienia. Być może właśnie ta mnogość aspektów łącząca się z pojęciem obrazu ciała sprawia, że wspólna jego definicja nie została jeszcze ustalona, a poszczególni badacze koncentrując się na wybranych wymiarach obrazu ciała proponują różnorodne, wąskie jego ujęcia.

Przez niektórych autorów obraz ciała utożsamiany jest z wyglądem zewnętrznym [1]. Inni traktują go w kategoriach postrzeżenia obejmującego zarówno wielkość, kształt i proporcje ciała, jak i jego wagę — także w wymiarze idealnym [2]. Jeszcze inni posługują się terminem obrazu ciała opisując stosunek jednostki do własnego ciała i jego wyglądu, podkreślając tym samym subiektywny, osobisty charakter doświadczania własnego ciała [3]. I wreszcie, niektórzy autorzy podkreślają, że obraz ciała jest strukturą dynamiczną, składającą się z kilku głównych elementów, wzajemnie nie siebie oddziałujących [4].

W niektórych badaniach obraz ciała traktowany jest przede wszystkim w kategoriach czucia proprioceptywnego, które może być zmienione po zabiegu operacyjnym [5].

Z badań poświęconych satysfakcji ze swego ciała wynika, że ok. 80 proc. kobiet i mężczyzn doświadcza niezadowolenia ze swego ciała, jednakże występują pod tym względem znaczne różnice międzypłciowe [2]. Niektóre badania wykazują, że brak satysfakcji z własnego ciała pojawia się już u 8-latków, przy czym już na tym etapie obserwuje się występowanie różnic międzypłciowych w poziomie tego niezadowolenia. W wielu badaniach wykazano, że dziewczęta są znacznie mniej zadowolone ze swojego ciała niż chłopcy [6].

Wiele jest także badań poświęconych satysfakcji z własnego ciała u osób chorych. Część badaczy koncentruje się na problemie zmian obrazu ciała występujących po różnego rodzaju interwencjach medycznych lub będących następstwem różnych chorób przewlekłych. Artykuł ten przedstawia niektóre z tych badań.

## **2. Zmiany obrazu ciała w wyniku interwencji medycznych**

### **2.1. Obraz ciała u pacjentów po amputacji kończyny dolnej**

Z przypadkami amputacji kończyny dolnej spotykamy się częściej niż z amputacją kończyny górnej, przy czym większość operacji dotyczy starszych osób i najczęściej jest wynikiem komplikacji związanych z cukrzycą [7]. Ale nie tylko. Amputacje przeprowadza się także ze względu na wrodzony niedorozwój kończyny, niewydolność żylną, nowotwór czy nadmierne uszkodzenie powypadkowe. Osoby, które przeszły pomyślnie operacje, stają przed wieloma różnorodnymi problemami – przede wszystkim dotyczącymi fizycznej, społecznej i emocjonalnej adaptacji. Adaptacja ta przebiega w sposób bardzo indywidualny i jest uzależniona od wielu różnych czynników. Jednym z tych czynników jest niewątpliwie obraz własnego ciała i satysfakcja (lub jej brak) z nim związana. Rybarczyk [za: 7] przebadał 112 pacjentów w wieku od 21 do 83 lat w celu ustalenia związku pomiędzy obrazem ciała a psychospołecznym przystosowaniem pacjenta po amputacji kończyny dolnej. Okazało się, że obraz ciała był niezależnym predykatorem depresji, jakości życia i stosowania protezy, co uważa się za bardzo istotny aspekt rehabilitacji. Podobne wyniki uzyskano w innym badaniu [8], gdzie zaburzenie obrazu ciała było negatywnie związane z satysfakcją z życia (im więcej negatywnych uczuć pacjenci doświadczali w związku ze swoim ciałem, tym mniej byli zadowoleni ze swego życia). Z kolei wykazano istnienie pozytywnego związku pomiędzy zaburzeniem obrazu własnego ciała a występowaniem objawów lęku i depresji oraz negatywnego związku między zaburzeniem obrazu ciała a poczuciem własnej wartości. Autor zwraca uwagę na konieczność respektowania tych związków w rehabilitacji pacjentów po utracie kończyny, a szczególnie dbanie o wyrobienie w nich pozytywnego stosunku do własnego ciała oraz podtrzymywanie go w trakcie i po

zakończeniu procesu rehabilitacji.

Wiele osób po amputacji, i w rezultacie potrzebujących protezy, doświadcza specyficznego fenomenu, jakim jest „fantom kończyny”. Polega on na tym, że pacjent doświadcza uczucia, jakby amputowany fragment był ciągle na miejscu, nietknięty, taki sam, jak przed amputacją albo podobny. Innymi słowy — czuje się tak, jakby miał całą kończynę. Co więcej, fantomy te mogą być bolesne albo nie, ale zawsze w jakiś sposób odczuwane, co pacjent potrafi opisać w kategoriach sensualnych odczuć. Ból fantomowy towarzyszący utracie części kończyny jest poważnym problemem klinicznym, jest trudny w leczeniu i może prowadzić do dalszych operacji, często poważnych, włączając w to całkowitą amputację. Generalnie, fantomowy ból jest elementem utrudniającym rehabilitację pacjenta, jak również wpływającym na jego stosunek do swego ciała oraz na sposób radzenia sobie z tak traumatycznym doświadczeniem, jakim jest utrata kończyny. I. Pucher, W. Lickinger i O. Frischenschlager [9] przebadali 43 osoby (15 kobiet i 28 mężczyzn) po amputacji jednej lub obydwu kończyn dolnych w celu ustalenia zależności pomiędzy występowaniem bólu fantomowego, strategią radzenia sobie z utratą kończyny a obrazem ciała. Badanie wykazało, że pacjenci, którzy lepiej radzą sobie z utratą kończyny, odczuwają także w mniejszym stopniu bóle fantomowe. Co więcej, obraz własnego ciała u pacjentów, którzy doświadczają bólów fantomowych, różni się od obrazu ciała innych pacjentów. Osoby odczuwające bóle postrzegają swe ciało jako pełną, nieuszkodzoną całość. Autorzy zwracają jednak uwagę na brak jednoznaczności co do kierunku oddziaływania na siebie i wzajemnego wpływu powyższych czynników. Innymi słowy, uznają za równie prawdopodobne to, że obraz ciała i występowanie bólu fantomowego może być rezultatem działania strategii radzenia sobie z utratą kończyny, jak też, że obraz ciała stanowi produkt doświadczeń bólowych pacjenta.

Doświadczenie bólu fantomowego po utracie kończyny było również przedmiotem zainteresowania amerykańskich badaczy [10]. Posłużyli się oni kwestionariuszem do badania osób po amputacji kończyny (Amputee Questionnaire), który wysłali pocztą do 5000 losowo wybranych weteranów (tylko mężczyzn), w rezultacie uzyskując 2694 (55 proc.) prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy, które następnie wykorzystali w analizie danych. Wyniki okazały się zaskakujące. Aż 78–85 proc. respondentów doświadczało bólu fantomowego, podczas gdy w literaturze relacjonuje się występowanie tego bólu u 0,5–5 proc. populacji. Połowa osób doświadczających bólu fantomowego twierdziła, że jego natężenie zmniejszyło się z czasem, natomiast druga — że zwiększyło się z upływem czasu lub że nie zauważyła zmian w tym zakresie. Czas trwania bólu i jego nasilenie różniły się znacznie u poszczególnych osób, podobnie jak jego umiejscowienie i rodzaj. Wśród czynników wywołujących lub zwiększających ból fantomowy respondenci wymieniali zmiany pogody (48 proc.), ciągle problemy z protezą (8 proc.), stres psychologiczny (6 proc.), zmęczenie (4 proc.), zaburzenia jelitowe i ból pleców (2 proc.) oraz ostry ból kikuta kończyny (1 proc.). 26 proc. badanych nie miało pojęcia, co mogło u nich wpływać na powstanie czy intensyfikację bólu, przy czym w tej grupie najwięcej było osób doświadczających bólu o charakterze ciągłym. Jedynym czynnikiem istotnie korelującym z występowaniem i intensywnością bólu fantomowego okazał się ból kikuta kończyny. Respondenci doświadczający bólu nie różnili się od osób nie doświadczających bólu pod względem takich czynników, jak: przyczyna amputacji, występowanie bólu przed amputacją, wiek

w momencie amputacji, okres od amputacji, używanie protezy czy wcześniejsza znajomość z osobą po amputacji. Nie różnili się także pod względem wrażliwości czy reaktywności na ból nie związany z amputacją (ból głowy, brzucha). Spośród osób doświadczających bólu fantomowego, 54 proc. rozmawiało na ten temat z lekarzem, lecz jedynie 19 proc. z nich zaoferowano jakąś formę leczenia. Innym sugerowano, iż odczuwanie bólu w nieistniejącej części ciała wskazuje na chorobę umysłową. W związku z tym, pacjenci woleli nie ryzykować swej wiarygodności i unikali rozmów na ten temat z lekarzami. Wśród osób, którym zaproponowano leczenie bólu fantomowego, tylko 1,1 proc. relacjonowało długotrwałą poprawę, 7,3 proc. tymczasową, niewielką poprawę, 5,5 proc. bardzo małą zmianę, natomiast 27,4 proc. twierdziło, że leczenie nie przyniosło zmiany w odczuwaniu bólu. Autorzy sugerują, że przyczyną małej skuteczności w leczeniu jest różnorodność i zarazem złożoność przyczyn związanych z występowaniem bólu fantomowego. Stąd, nie ma jednej niezawodnej metody leczenia. Wskazane jest natomiast wypracowywanie metod skutecznych dla specyficznych grup pacjentów, przy czym, aby to osiągnąć, konieczne jest sprawdzanie postępów w leczeniu przynajmniej co 6 miesięcy. Zestawienie i omówienie dotychczas stosowanych metod leczenia bólu fantomowego przedstawiono w innej pracy [11]. Autorzy opracowania szczególnie podkreślają znaczenie pozytywnego, pełnego zrozumienia kontaktu z pacjentem, który ułatwi personelowi medycznemu uzyskanie dokładnych informacji o rodzaju i umiejscowieniu bólu, postawienie właściwej diagnozy i zastosowanie możliwie jak najbardziej skutecznej terapii. Przedstawienie pacjentowi fizjologicznych mechanizmów odczuwania bólu oraz zapewnienie, że odbieranie różnego rodzaju wrażeń fantomowych ma charakter powszechny, prawdopodobnie zmniejszy liczbę reakcji historycznych i pozwoli zapobiec odczuwaniu przez pacjenta łagodnych doznań fantomowych jako bolesnych. Do skutecznych metod leczenia autorzy zaliczają: biofeedback związany z temperaturą, połączony z treningiem relaksacyjnym; EMG feedback (mający na celu zwiększenie kontroli napięcia mięśniowego), połączony z treningiem zorientowanym na relaksację mięśniową; elektryczną stymulację przezskórną kikutu kończyny i wreszcie stosowanie ultradźwięków. Daną metodę można uznać za skuteczną dla pacjenta, jeśli po upływie 2 lat przynosi ona efekt terapeutyczny. Warto też zastosować trening relaksacyjny — szczególnie w przypadku tych pacjentów, którym nie udało się pomóc dostępnymi metodami — zapobiegający wyolbrzymianiu bólu na skutek nadmiernego stresu i niepokoju.

Przedmiotem badań był również związek pomiędzy postrzeganiem swego ciała przez pacjentów po amputacji kończyny dolnej a satysfakcją z posługiwania się protezą [7]. Badanie przeprowadzono przez Internet, wśród będących po amputacji uczestników internetowych grup dyskusyjnych. Osoby, które zgłosiły się do badania (24 mężczyźni, 17 kobiet oraz dwóch uczestników, którzy nie podali informacji o płci — w sumie 43 osoby), wypełniały i w ciągu miesiąca odsyłały zestaw kwestionariuszy (TAPES — skala doświadczeń związanych z amputacją i protezą, ABIS — skala obrazu ciała osób po amputacji oraz MPQ — kwestionariusz bólu McGilla) oraz ankietę zawierającą dane demograficzne (płeć, wiek, przyczynę amputacji oraz rodzaj amputacji, liczbę lat posługiwania się protezą oraz godzin jej używania w ciągu dnia).

Jak się okazało, poziom zaburzenia obrazu ciała był dla całej grupy pacjentów umiarkowany lub silnie związany z poziomem satysfakcji z protezy w taki sposób, że im wyż-

szy był poziom satysfakcji z protezy, tym niższy był poziom zaburzenia obrazu ciała. Jednakże wystąpiły duże różnice międzypłciowe dotyczące przyczyn tej satysfakcji (bądź jej braku). Podczas gdy dla mężczyzn największe i decydujące znaczenie miał aspekt funkcjonalny posługiwania się protezą, dla kobiet najistotniejszy był aspekt estetyczny, aczkolwiek aspekt funkcjonalny także miał znaczenie. Wyniki te mogą stanowić praktyczną wskazówkę w rehabilitacji pacjentów z protezami.

## 2.2. Obraz ciała u pacjentek po mastektomii

Powszechnie zakłada się, że dla kobiet poddających się mastektomii rekonstrukcja piersi jest idealnym rozwiązaniem, swoistym panaceum, znoszącym takie problemy psychologiczne, jak np.: jakość życia, poczucie tożsamości płciowej czy negatywny obraz ciała.

Okazuje się jednak, że sama operacja naprawcza często nie wystarcza, a samopoczucie kobiet po niej zależne jest od wielu różnych czynników, jak choćby związanych z nią oczekiwań. Tym zagadnieniem zainteresowali się badacze brytyjscy związani z różnymi instytucjami leczniczymi i badawczymi [12]. W zakrojonym na bardzo szeroką skalę projekcie prospektywnym przebadali oni 75 kobiet, które po diagnozie raka piersi zdecydowały się na mastektomię. Badanie odbyło się na terenie 3 szpitali w południowej Anglii i jego celem było uzyskanie odpowiedzi na trzy następujące pytania:

- 1) Jaki wpływ ma decyzja o samej mastektomii, natychmiastowej albo opóźnionej rekonstrukcji piersi na różne aspekty funkcjonowania psychologicznego (stres, obraz ciała, jakość życia) w okresie przedoperacyjnym, 6 miesięcy po operacji i 12 miesięcy po operacji?
- 2) Jakie czynniki wpływają na obraz ciała u pacjentek po operacji?
- 3) W jakim stopniu pacjentki zadowolone są z podjętych decyzji dotyczących rekonstrukcji piersi, jeśli weźmie się pod uwagę efekt rekonstrukcji i różne aspekty opieki medycznej?

Z osobami badanymi przeprowadzono częściowo ustrukturalizowany wywiad oraz poproszono o wypełnienie zestawu kwestionariuszy w okresie przed operacją, 6 miesięcy po operacji oraz 12 miesięcy po operacji.

Do pomiaru obrazu ciała zastosowano dwa narzędzia:

- 1) Body Image Scale (Skalę Obrazu Ciała) skonstruowaną specjalnie do badania kobiet przechodzących operację po diagnozie raka piersi oraz
- 2) podskalę obrazu ciała będącą częścią bardziej rozbudowanego narzędzia (The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire).

Wyniki okazały się dość zaskakujące. Rok po operacji obraz ciała u 39 kobiet objętych badaniem pogorszył się w porównaniu z okresem przedoperacyjnym. W tej grupie 20 poddało się samej mastektomii, 18 przeszło natychmiastową rekonstrukcję piersi i 1 opóźnioną. Fakt ten jest bardzo zastanawiający. Należałoby raczej oczekiwać, że większe zadowolenie z własnego ciała — czyli poprawienie jego obrazu — będzie miało miejsce wśród kobiet decydujących się na natychmiastową, a nie opóźnioną, rekonstrukcję piersi. Tymczasem rezultaty były wręcz przeciwne, co autorzy tłumaczą mniejszymi wymaganiami

co do efektów rekonstrukcji po mastektomii u kobiet po opóźnionej rekonstrukcji piersi.

Do czynników związanych z gorszym obrazem ciała 6 miesięcy po operacji należały: młody wiek pacjentek, niezadowolenie ze swego ciała przed operacją, mniejsza satysfakcja z decyzji dotyczącej operacji oraz wyższy poziom lęku i depresji. Natomiast nie wykazano wpływu na obraz ciała rodzaju procedury pooperacyjnej.

Podobnie do czynników związanych z gorszym obrazem ciała 12 miesięcy po operacji należał również młody wiek, a także niezadowolenie ze swego ciała i występowanie symptomów depresyjnych 6 miesięcy po operacji. Również i w tym przypadku rodzaj zastosowanej procedury pooperacyjnej nie miał wpływu na obraz ciała.

Wreszcie przeanalizowano poziom satysfakcji z rodzaju decyzji dotyczących rekonstrukcji piersi, jak również poziom satysfakcji z rezultatów operacji naprawczych w grupie kobiet z natychmiastową i opóźnioną rekonstrukcją piersi, i nie wykazano istotnych różnic pomiędzy grupami w tym zakresie.

Analizie poddano także dwa aspekty opieki medycznej, tj. czas, jaki pacjentki miały na podjęcie decyzji, oraz informację, jaką otrzymały na temat rekonstrukcji. Wszystkie trzy grupy zadeklarowały porównywalnie wysoki poziom zadowolenia i zrozumienia uzyskanej od personelu szpitalnego informacji na temat operacji, aczkolwiek około ¼ wszystkich pacjentek twierdziła, że nie otrzymała wyczerpującej informacji dotyczącej rekonstrukcji, która umożliwiłaby podjęcie decyzji o rekonstrukcji.

W kontekście uzyskanych wyników autorzy projektu zwracają uwagę, żeby nie traktować operacji naprawczej piersi jako złotego środka zabezpieczającego pacjentki przed negatywnymi skutkami psychologicznymi mastektomii. Podkreślają również konieczność indywidualnego podejścia do poszczególnych pacjentek, szczególnie jeśli chodzi o sposób udzielania informacji związanych z operacją i zakres tych informacji.

### **3. Zmiany obrazu ciała w wyniku choroby przewlekłej**

Choroby przewlekłe to takie, które w drastyczny sposób ograniczają funkcjonowanie osób chorych, w zasadzie uniemożliwiając im niezależność ekonomiczną [13]. Są też często — szczególnie te, którym towarzyszą różnego rodzaju deformacje i dysfunkcje ciała — związane z poważnymi zaburzeniami obrazu ciała.

#### **3.1. Obraz ciała u osób ze zmianami reumatologicznymi**

Reumatoidalne zapalenie stawów (ang. rheumatoid arthritis) jest bardzo poważną chorobą przewlekłą tkanki łącznej, należąca do grupy chorób zwanych autoimmunologicznymi. Jest też jedną z najczęściej występujących chorób reumatycznych.

W kontekście badań nad obrazem ciała należy podkreślić, że reumatoidalne zapalenie stawów należy także do chorób, w wyniku których pacjenci mogą doznawać niekiedy bardzo znacznych deformacji ciała i, co za tym idzie, muszą również przewyciężać różnego rodzaju trudności, nie tylko o charakterze fizycznym (jak ból), ale również psychicznym. Jakkolwiek badania wykazują, że stopień zniekształcenia ciała nie jest bezpośrednim czynnikiem kształtującym poziom doznawanego stresu psychologicznego, to jednak praktyka pokazuje, że „jakkolwiek zmiana w wyglądzie może być bardzo niszcząca i gdy potrzeby psychospołeczne pacjentów nie są zaspokajane, zachodzi ryzyko całkowitego wycofania się przez nich z kontaktów społecznych i aktywności życia codziennego. To zaś może

spowodować wzrost niepokoju społecznego i depresji” [1, s. 563].

Zagadnienia związane z psychologicznymi trudnościami i potrzebami pacjentów cierpiących na różnego rodzaju choroby reumatologiczne były przedmiotem badań zespołu terapeutycznego z Wielkiej Brytanii [1]. Przebadali oni 57 pacjentów ambulatoryjnych z rozpoznaniem reumatoidalnego zapalenia stawów, łuszczycowej artropatii, twardziny skóry i liszaja rumieniowatego układowego. Średnia wieku wynosiła 52 lata (zakres wieku 20–90 lat), a średni okres wystąpienia choroby 13 lat. Większość badanych (74 proc.) stanowiły kobiety. Badani wypełnili kwestionariusze mierzące poziom lęku i depresji (Hospital Anxiety and Depression Scale), niepokoju i unikania społecznego (Moss: Individual Differences in Adjustment to Perceived Abnormalities of Appearance) oraz jakości życia (WHOQOL-Brif).

Nie wykazano istnienia związku pomiędzy poziomem stresu psychologicznego a fizycznym charakterem choroby (jej rodzajem, umiejscowieniem czy natężeniem) ani wpływem czasu od jej wystąpienia, co stanowi potwierdzenie wcześniejszych doniesień.

Wyniki w skali depresji i lęku okazały się wyższe niż w innych grupach pacjentów (z porażeniami, nowotworem głowy i szyi oraz chorobami oczu). Wyniki związane z opisywanym przez pacjentów pogorszeniem się jakości życia nie były co prawda bardzo wysokie (średnia 58, skala 0–100), ale wykazywały znaczną różnorodność (SD = 31). Wśród osób z wysokimi wynikami w tej skali 72 proc. miało tendencję do unikania różnego rodzaju aktywności społecznych, przy których zachodzi prawdopodobieństwo częściowego odkrycia ciała, jak np.: pływanie.

Osoby biorące udział w badaniu wykazywały często potrzebę dyskusowania o swoich problemach z personelem medycznym. Jednakże omawianie z pacjentami problemów emocjonalnych związanych z ich wyglądem wymaga odpowiedniego przygotowania. Rumsey, Clarke i Musa sugerują m.in.: dobór właściwego słownictwa, pozbawionego elementu oceny czy wartościowania, przygotowanie pytań, jakie chce się zadać pacjentowi, w celu uniknięcia niezręczności i trudności w doborze słów już w trakcie rozmowy, okazanie zrozumienia. Autorzy podkreślają szczególnie rolę wzbudzania i wzmacniania u pacjentów zainteresowania własnym wyglądem oraz zachęcanie ich do aktywności społecznej.

Australijscy badacze D.I. Ben-Tovim i M. K. Walker [14] przeprowadzili badanie porównawcze w kilku grupach kobiet cierpiących z powodu różnego rodzaju chorób, które powszechnie odbierane są jako zniekształcające lub powodujące niepełnosprawność. Celem badania było ustalenie ich ustosunkowania się do własnego ciała oraz — zbadanie ewentualnych różnic między grupą kobiet chorych a zdrowych. Za kryterium przyjęto taki długotrwały stan chorobowy, który przynajmniej w opinii obserwatora może być fizycznie upośledzający lub zniekształcający (potencjalnie lub od urodzenia). Wyszczególniono 4 grupy badane:

- 35 pacjentek z reumatoidalnym zapaleniem stawów (ang. rheumatoid arthritis — RA) w wieku 18–65 lat (średnia wieku 49,25);
- 23 pacjentki z egzemą (ang. eczema) lub łuszczycą (ang. psoriasis — PE) w wieku powyżej 14 lat (średnia wieku 42,54);
- 52 pacjentki z widocznymi deformacjami naczyń krwionośnych (włączając znamiona, talangiektazję — BVD), również w wieku powyżej 14 lat (średnia wieku 39,26);
- oraz 50 pacjentek z cukrzycą insulinozależną (IDDM), także w wieku powyżej 14 lat (średnia wieku 31,70), która to grupa — charakteryzująca się brakiem widocznych

zniekształceń ciała — miała stanowić odniesienie dla pozostałych trzech grup.

Grupy kontrolne rekrutowały się spośród kobiet cierpiących z powodu różnego rodzaju chorób typowych dla populacji południowej Australii, lecz żadna z nich nie doświadczała zaburzeń porównywalnych z grupą kliniczną pod względem zniekształcenia czy upośledzenia ciała. Kobiety te dobrano do grup badanych pod względem wieku, wzrostu i wagi ciała. Następnie wszystkie wypełniły Body Attitudes Questionnaire (BAQ), samoopisowy kwestionariusz skonstruowany do oceny stosunku do własnego ciała. Test składa się z 6 oddzielnych (aczkolwiek w pewnym zakresie skorelowanych) typów odniesień mierzonych w specyficznych podskalach (Feeling Fat, Lower Body Fatness, Attractiveness, Salience of Weight/Shape, Strength and Fitness, Body Disparagement). Ponieważ wstępne analizy wskazywały na istnienie zależności pomiędzy wynikami BAQ a wiekiem wystąpienia choroby, zrekrutowano dodatkowe grupy: badaną i kontrolną. Grupa badana składała się z 13 dorosłych kobiet, u których reumatoidalne zapalenie stawów wystąpiło w wieku młodzieńczym (ang. juvenile onset rheumatoid arthritis — JRA).

Jak się okazało, wystąpił podobny wzór wyników w grupach RA, PE, BVD i IDDM, który z kolei różnił się od wyników w grupie JRA. Pierwsze 4 grupy prezentowały normalny (czyli taki, jak w grupach kontrolnych) poziom w skalach Body Disparagement (dotyczącej poziomu doświadczanego wstydu w związku ze swoim ciałem i pogardy w stosunku do niego) i Lower Body Fatness (postrzeganie obszaru bioder jako nadmiernie otluszczonego), natomiast znacząco niższy niż w grupach kontrolnych poziom w skali Salience of Weight/Shape (związanego z zaabsorbowaniem w codziennym życiu własną wagą i kształtem ciała). W grupach PE, BVD i IDDM subiektywne poczucie siły i wytrzymałości (Strength and Fitness) było wyższe niż w grupach kontrolnych, natomiast we wszystkich grupach badanych poczucie atrakcyjności dla płci przeciwnej (Attractiveness) było mniejsze niż w grupach kontrolnych, choć ta różnica okazała się istotna tylko w grupie IDDM. Kobiety z grupy badanej JRA w większym stopniu niż kobiety z odpowiadającej im grupy kontrolnej wstydziły się własnego ciała i pogardzały nim, jak również czuły się znacznie grubsze (wyższe wyniki w skali Feeling Fat). Miały też subiektywnie większe poczucie siły i wytrzymałości (Strength and Fitness), ale były w takim samym stopniu zaabsorbowane własną wagą i kształtem ciała jak kobiety z grupy kontrolnej. Przeanalizowano również zależność pomiędzy intensywnością doświadczanego w związku ze swoim ciałem wstydu i pogardy dla niego a wiekiem badanych. Zmienną istotnie korelującą z wynikami Body Disparagement był wiek, w którym wystąpiła choroba, natomiast czas jej trwania okazał się jedynie zmienną pośredniczącą. Autorzy sugerują, że należałoby zwrócić uwagę na psychologiczne potrzeby tych kobiet, u których choroba pojawiła się w wieku dorastania, gdyż właśnie one są szczególnie skłonne do negatywnych ocen własnego ciała. Interesujące jest, że kobiety z grup badanych generalnie nie odnosiły się do swego ciała z pogardą czy wstydem, pomimo iż u wielu z nich choroba spowodowała znaczące zniekształcenia i zmiany na powierzchni ciała. Może to być swoistą wskazówką co do tego, w jakim stopniu „odczuwanie zniekształcenia zależy od reakcji otoczenia” [14, s. 288].

### 3.2. Obraz ciała u osób chorych na twardzinę skóry

Inną chorobą przewlekłą związaną ze znacznymi zmianami w wyglądzie jest twardzina skóry. Jest to choroba rzadko występująca, w której zapalenie, niewydolność naczyńniowa



i zwłóknienie prowadzą do zniekształcającego stwardnienia tkanki skórnej, niedokrwienia, owrzodzenia oraz zmian w organach wewnętrznych. Walka z tą chorobą stanowi wielkie wyzwanie dla pacjentów i ich rodzin, jako że związany z nią ból, niepełnosprawność i zniekształcenie może mieć negatywny wpływ na wiele aspektów codziennego życia, w tym na sposób odnoszenia się do własnego ciała.

W jednym z niewielu badań poświęconych obrazowi ciała u chorych na twardzinę skóry, Malcarne [ za: 15] prześledził relacje pomiędzy zgrubieniem skóry różnych obszarów ciała (m.in. twarzy, rąk, klatki piersiowej itd.) a samooceną dotyczącą wyglądu i stresem psychologicznym. Okazało się, że zgrubienie skóry prawej dłoni i palców miało wpływ na samoocenę dotyczącą wyglądu i stres psychologiczny, natomiast inne obszary zgrubienia skóry nie. Autor sugerował, że zmiany wyglądu dłoni i palców mogą mieć specjalne znaczenie dla pacjentów dlatego, że są to najbardziej zauważalne zmiany, jakich doświadczają.

Zmiany w wyglądzie związane z twardziną skóry mogą powodować zmiany w percepcji obrazu ciała, a także wzrost niezadowolenia z własnego ciała.

Celem innego badania [15] było m.in. ustalenie zakresu tego niezadowolenia u pacjentów cierpiących na twardzinę skóry. Przebadano 127 kobiet — (u 2/3 zdiagnozowano ograniczoną twardzinę skóry (limited scleroderma), u 1/3 zaś rozproszoną (diffuse scleroderma)).

Zgodnie z założeniami autorów, większe niezadowolenie z obrazu własnego ciała wykazały pacjentki z rozpoznaniem formy rozproszonej niż ograniczonej. Podobnie występowanie zmian w wielu miejscach było związane z większym niezadowoleniem ze swego ciała. A zatem można powiedzieć, że ostrość choroby była związana z brakiem satysfakcji z własnego ciała. Jedyną znaczącą zmienną demograficzną okazał się wiek — negatywnie korelujący z niezadowoleniem z własnego ciała, bezpośrednio zaś korelowały z brakiem satysfakcji z obrazu ciała symptomy depresyjne.

Stąd wynika wskazówka dla personelu medycznego — im młodszy jest pacjent w momencie zachorowania, tym większe zachodzi ryzyko rozwinięcia się u niego znaczącego niezadowolenia ze swego ciała, co jest związane z gorszym funkcjonowaniem w sferze psychospołecznej. Zależność między niezadowoleniem z obrazu własnego ciała a symptomami depresyjnymi nie została przez autorów ustalona. Tym samym równie prawdopodobne jest, iż objawy depresyjne mogą prowadzić do niezadowolenia ze swego ciała, jak też stanowić jego rezultat. Warto więc zwrócić uwagę na stan psychiczny pacjenta, by móc wychwycić te symptomy i skutecznie im przeciwdziałać.

### 3.3. Obraz ciała u osób chorych na stwardnienie rozsiane

Stwardnienie rozsiane zalicza się również do chorób przewlekłych. Etiologia choroby nie jest do tej pory całkowicie znana, aczkolwiek uważa się, że ma podłoże immunologiczne [16]. Aczkolwiek stwardnienie rozsiane nie jest uznane za chorobę śmiertelną, to jednak doświadczenia chorobowe są wyjątkowo ciężkie. Choroba pojawia się często nagle i niespodziewanie, w drastyczny sposób ograniczając funkcjonowanie osoby, która do tej pory była zupełnie sprawna. Psychiczne przystosowanie się do nowej sytuacji jest dla chorego ogromnie trudne i wymaga nie tylko czasu, ale także wsparcia — zarówno

medycznego, jak i społecznego, w tym zwłaszcza rodzinnego. Podkreśla się znaczenie nastawienia psychicznego do choroby i siebie samego i konieczność udzielania indywidualnej pomocy w tym zakresie. Pozytywny stosunek do siebie, chęć walki z chorobą, nadzieja na poprawę to czynniki w dużej mierze decydujące o korzystnym dla pacjenta przebiegu leczenia [13].

Zasadniczo brak jest badań, których celem byłoby poznanie zaburzeń obrazu ciała w tej chorobie i interwencji terapeutycznych zmierzających do jego poprawienia. Unikatowy pod tym względem jest projekt austriackich badaczy [17].

W ciągu 6 miesięcy przeprowadzili oni badanie obejmujące 29 osób (14 — grupa badana, 15 — grupa kontrolna) z rozpoznanym stwardnieniem rozsianym, leczonych ambulatoryjnie. Jego celem było ustalenie efektów opracowanej specjalnie terapii psychologicznej w zakresie takich czynników, jak: depresja, lęk, strategie radzenia sobie oraz obraz ciała.

Wszystkie osoby wypełniły zestaw kwestionariuszy mierzących odpowiednie zmienne na początku programu, na końcu oraz po 2 miesiącach od jego zakończenia:

- Beck Depression Inventory (BDI) służący do pomiaru poziomu depresji
- Freiburg Disease Coping Questionnaire (FKV-LIS SE) służący do pomiaru stylu radzenia sobie z chorobą
- State Trait Anxiety Inventory (STAI) służący do pomiaru lęku jako cechy
- Body Image Questionnaire (FKB-20) służący do pomiaru różnych aspektów obrazu ciała.

Następnie grupę badaną objęto specjalnym programem terapeutycznym. Program terapii zawierał szczegółowe omówienie zagadnień związanych z rozwojem choroby i stosowanymi metodami jej leczenia, jak również różnorodne ćwiczenia fizyczne i poznawcze związane z indywidualnymi sposobami radzenia sobie ze stresem. Program zrealizowano w ciągu 7 tygodni (1 półtoragodzinna sesja co tydzień) w dwóch 7-osobowych grupach. Ostatnia, siódma sesja poświęcona była ustnej i pisemnej ocenie programu przez uczestników terapii.

Zaproponowana terapia okazała się sukcesem, aczkolwiek nie tak spektakularnym, jak tego oczekiwali jej twórcy.

W grupie badanej nastąpiła zdecydowana poprawa w zakresie czynnika depresji, co nie miało miejsca w grupie kontrolnej. Grupy te różniły się pod względem jednego parametru radzenia sobie z chorobą, tj. depresyjnego stylu. W grupie badanej zmniejszyło się stosowanie tego stylu.

W sferze obrazu ciała w grupie badanej wystąpiła krótkotrwała poprawa w witalności i dynamiki ciała. Autorzy sugerują, iż 7 tygodni to za mało, by wystąpiła trwała zmiana obrazu ciała i być może należałoby wydłużyć ten czas.

Uczestnicy bardzo dobrze ocenili program terapii — twierdzili, że dużo wynieśli z zaproponowanego kursu i że będą w stanie zastosować zdobyte w jego trakcie wiedzę i umiejętności w codziennym życiu. Szczególnie cenili sobie możliwość dyskusji w grupie i relaksację mięśniową, jak również ćwiczenia pozwalające na uzyskanie lepszego kontaktu z ciałem, oraz poznane strategie radzenia sobie ze stresem. Wszystkie osoby biorące udział w programie uznały go za wart polecenia innym pacjentom w jego aktualnej formie.

#### 4. Zakończenie

Aczkolwiek nie ustalono jeszcze jednej, wspólnej definicji obrazu ciała, to jednak istnieje zgoda co do tego, iż koncept ten ma charakter wielowymiarowy i wpływa znacząco na sposób, w jaki jednostka postrzega siebie i odnosi się do siebie. Wpływ ten szczególnie wyraźny jest u osób cierpiących z powodu różnego rodzaju deformacji lub uszkodzeń ciała będących konsekwencją interwencji medycznych lub chorób przewlekłych. U tych pacjentów przedmiotem badania jest często poziom satysfakcji z własnego ciała, który, jak się okazuje, nie zawsze jest bezpośrednio związany ze stopniem uszkodzenia czy dysfunkcji ciała, natomiast jest związany z takimi czynnikami psychologicznymi, jak satysfakcja z życia, poziom doświadczanego lęku, występowanie symptomów depresyjnych czy samoocena.

Satysfakcja z obrazu ciała wpływa na usprawnienie funkcjonowania chorych w zakresie motoryki — wiąże się z satysfakcją z posługiwania się protezą u pacjentów po amputacji kończyny dolnej i przyczynia się do zwiększenia czasu korzystania z tej protezy. Satysfakcja z obrazu ciała wpływa również na samoocenę i w konsekwencji podejmowanie aktywności o charakterze społecznym, co wykazało badanie pacjentów ze zmianami reumatologicznymi. Z kolei brak satysfakcji z własnego ciała, utrudniający adaptację do nowej sytuacji zdrowotnej, związany jest z występowaniem podwyższonego poziomu lęku i symptomów depresyjnych.

Negatywne nastawienie do własnego ciała, co wielu autorów uznaje za wskaźnik zaburzenia obrazu ciała, związane jest z mniejszą satysfakcją z życia i niższym poczuciem własnej wartości. Zaburzenie obrazu ciała może być także związane z doświadczaniem bólu — co wykazało badanie pacjentów po utracie kończyny cierpiących z powodu bólów fantomowych, u których obraz ciała był niezgodny ze stanem obiektywnym (postrzegali oni swoje ciało jako pełną, nieuszkodzoną całość).

W kilku badaniach zmienną znacząco negatywnie korelującą z niezadowoleniem z własnego ciała okazał się wiek. Im młodszy był pacjent w momencie zachorowania, tym większe prawdopodobieństwo pojawienia się niezadowolenia z obrazu swego ciała.

Stąd, badacze zajmujący się leczeniem i rehabilitacją pacjentów cierpiących z powodu różnego rodzaju niepełnosprawności, deformacji lub uszkodzeń ciała, postulują podejmowanie wysiłków zmierzających do budowania u nich pozytywnego obrazu ciała i podtrzymywania go po zakończeniu rehabilitacji. Podejmowane są także próby konstruowania kompleksowych programów terapeutycznych zmierzających do polepszenia fizycznego i psychicznego funkcjonowania pacjenta, jak również do jego satysfakcjonującej adaptacji społecznej.

Wyniki tych badań wskazują, że praca z ciałem powinna być włączona w proces rehabilitacji osób chorych — nie tylko w aspekcie fizycznym, ale także psychologicznym. Pozytywne emocje związane z własnym ciałem niewątpliwie przyczyniają się do lepszego funkcjonowania w sferze psychospołecznej, stąd praca nad budowaniem i podtrzymywaniem pozytywnego obrazu ciała stanowić może początek adaptacji do choroby, inicjując jej kolejne etapy.

### Piśmiennictwo

1. Rumsey N, Clarke A, Musa M. Altered body image: the psychosocial needs of patients. *Brit. J. Comm. Nurs.* 2002; 7 (11): 563–566.
2. Furnham A, Badmin N, Sneade I. Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-

- esteem, and reasons for exercise. *J. Psychol.* 2002; 136 (6): 581–596.
3. Sundeen SJ, Stuart GW, Rankin ED, Cohen SA. *Nurse-client interaction: Implementing the nurse process.* St. Louis: Mosby; 1981.
  4. Price B. A model for body-image care. *J. Adv. Nurs.* 1990; 15: 585–593.
  5. Yoshimura K, Ohara H, Ichioka K, Terada N, Matsui Y, Terai A, Arai Y. Body image alteration after flank incision: relationship between the results of objective evaluation using computerized tomography and patient perception. *J. Urol.* 2003; 169: 182–185.
  6. Wood KC, Becker JA, Thompson JK. Body image dissatisfaction in preadolescent children. *J. Appl. Develop. Psychol.* 1996; 17: 85–100.
  7. Murray CD, Fox J. Body image and prosthesis satisfaction in the lower limb amputee. *Dis. Reh.* 2002; 24 (17): 925–931.
  8. Breakey JW. Body image: the lower limb amputee. *J. Prosth. Orthot.* 1997; 9:58–66.
  9. Pucher I, Lickinger W, Frischenschlager O. Coping with amputation and phantom limb pain. *J. Psychosom. Res.* 1999; 46: 379–383.
  10. Sherman RA, Sherman CJ, Parker L. Chronic phantom and stump pain among American veterans: result of the survey. *Pain* 1984; 18: 83–95.
  11. Sherman RA, Tippens JK. Suggested guidelines for treatment of phantom limb pain. *Orthop.* 1982; 5(12): 1595–1600.
  12. Harcourt DM, Rumsey NJ, Ambler NR, Cawthorn SJ, Reid CD, Maddox PR, Kenealy JM, Rainsbury RM, Umpleby HC. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plas. Reconstr. Surg.* 2003; 111 (3): 1060–1068.
  13. Ochojska D. *Stwardnienie rozsiane i rodzina.* Rzeszów: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej; 2000.
  14. Ben-Tovim DI, Walker MK. Body image, disfigurement and disability. *J. Psychosom. Res.* 1995; 39(3): 283–291.
  15. Benrud-Larson LM, Heinberg LJ, Reed J, Haythornthwaite JA, Boling C, Wigley FM, White B. Body image dissatisfaction among women with scleroderma: extent and relationship to psychosocial function. *Health Psychol.* 2003; 2: 130–139.
  16. Tesar N, Baumhackl U, Kopp M, Günther V. Effects of psychological group therapy in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurol. Scand.* 2003; 107: 394–399.
  16. Feldman R. (2000). *Stwardnienie rozsiane.* Serwis RES MEDICA. [www.resmedica.pl/sm.html](http://www.resmedica.pl/sm.html)). Artykuł lek. med. Ryszarda Feldmana, ordynatora III Oddziału Chorób Wewnętrznych w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie napisany w styczniu 2000 dla serwisu RES MEDICA.
  17. Tesar N, Baumhackl U, Kopp M, Günther V. Effects of psychological group therapy in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurol. Scand.* 2003; 107: 394–399.

Adres: Pomorska Akademia Medyczna  
Samodzielną Pracownia Psychologii i Socjologii Lekarskiej  
ul. Rybacka 1