

Marcin Rzeszutek, Katarzyna Schier

TAK BOLESNE, ŻE AŻ OBCE? — ZWIĄZEK POMIĘDZY DEPRESJĄ A OBRAZEM CIAŁA U MŁODYCH DOROSŁYCH

SO PAINFUL, THAT ALIEN? — THE LINK BETWEEN DEPRESSION AND BODY IMAGE IN YOUNG ADULTS

Katedra Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego
Kierownik katedry: prof. dr hab. Marina Zalewska

**depression
body image
adolescence**

Autorzy na podstawie badań przeprowadzonych na grupie 150 osób podejmują analizę zależności między depresją a obrazem ciała rozumianym jako psychiczna reprezentacja własnego ciała. Uzyskane wyniki wskazują, że osoby z depresją postrzegają własne ciało w sposób negatywny, co wiąże się z negatywnym przeżywaniem siebie i otoczenia, a także wspiera hipotezę mówiącą, że negatywne uczucia związane z depresją mogą być „przenoszone” na ciało. W artykule przedstawiono również nie stosowane dotąd w Polsce narzędzie do pomiaru obrazu ciała – Wielowymiarowy Kwestionariusz do Badania Obrazu Ciała (MBSRQ).

Summary: The aim of this work was to investigate the links between the depression and the body image in young adults. The concept of body image was defined as a mental representation of the human body, which is usually unconscious and have cognitive, affective and behavioural aspects. Body image is a part of the person's identity. The subjects of this study were 150 students of five different universities in Warsaw (30 persons from each university) in the age between 18 and 26 years, such as the University of Warsaw, the Warsaw University of Technology, the Medical University of Warsaw, the Warsaw School of Economics and the Academy of Fine Arts. The subjects filled in The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire — (MBSRQ) of Thomas F. Cash and The Beck Depression Inventory — Second Edition — (BDI-II) of Aaron T. Beck. The obtained results show that depression in young adults is connected with the way of experiencing their body (on various dimensions of their body image).

Wprowadzenie

Depresja jako stan chorobowy jest, oprócz lęku, najczęstszym zjawiskiem psychopatologicznym, którym zajmuje się psychiatria [1]. Około 25% osób chorujących na depresję popełnia samobójstwo [2].

W ostatnim czasie wiele się mówi o swoistej epidemii depresji, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych [3]¹. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) [4] szacuje, że do 2025 roku choroba ta będzie drugą przyczyną zgonów na świecie po chorobach krążenia. Mówi się zatem, że po „erze lęku” za czasów zimnej wojny, obecne lata są „erą melancholii” [5]. Depresja jest nie tylko podstawowym obszarem, jakim zajmuje się psychiatria, ale staje się również poważnym problemem społecznym. Zrozumiały jest więc ogromny wzrost zainteresowania tą chorobą i badań nad nią, jaki ma miejsce w ostatnich latach [2].

Stosunkowo niewiele badań empirycznych poświęcono powiązaniu depresji z problematyką cielesności, w tym w szczególności zależności między tym zaburzeniem a obrazem ciała u depresyjnych osób [6, 7]. Choć już przed wielu laty autorzy o orientacji psychodynamicznej, jak Franz Alexander [za: 8] lub Alexander Lowen [6], a także niektórzy przedstawiciele psychoterapii Gestalt [7], zwracali uwagę na swoistą lukę w tym zakresie, to jednak kwestia obrazu własnego ciała u ludzi z depresją² nie doczekała się jeszcze szczegółowego omówienia [9].

Obraz ciała — różnorodność znaczeń

Problematyka ciała i cielesności stała się ostatnio przedmiotem badań przedstawicieli różnych dziedzin nauki — nie tylko psychologów, ale też filozofów, neurologów, genetyków czy nawet fizyków [10]. Odwołując się do idei takich myślicieli, jak Kant, Nietzsche czy Freud, badacze z różnych dziedzin dążą do wykazania powiązań pomiędzy świadomością a reprezentacją ciała oraz między procesami poznawczymi i pamięciowymi a doświadczeniami związanymi z ciałem [10].

Naukowe zainteresowania tematyką obrazu ciała mają prawie stuletnią historię [11]. Początkowo prace dotyczące tego zagadnienia zdominowane były przez autorów o orientacji neurobiologicznej i ograniczały się do badania schematu ciała (sylwetki, ruchów ciała itp.). Również współcześni neurologowie [12] podkreślają to, że człowiek nie „rodzi się” z obrazem własnego ciała, ale ze schematem ciała, który jest zbiorem jego neuronowych reprezentacji i funkcji znajdujących się w mózgu. Dopiero mózgowa aktywacja schematu ciała prowadzi do doświadczenia jego obrazu, określanego przez Stamenova [12] jako mentalna reprezentacja ciała i jego funkcji. Jeden z głównych przedstawicieli psychologii rozwojowej — Jean Piaget [za: 12], uznawał ciało za „wehikuł” wprowadzający dziecko w adolescencję. Dzieci, będąc jeszcze w wieku konkretnych operacji umysłowych, z powodu braku odpowiednich procesów myślowych, służących opisowi i definiowaniu siebie, mogą używać w tym celu odniesienia do własnego ciała, pełniącego funkcję swojego, konkretnego narzędzia.

¹ Kępiński [3] twierdzi, że depresyjny klimat naszej epoki wynika z gwałtownego naruszenia dotychczasowych systemów społecznych i kulturalnych, przez co dominującym stanem egzystencjalnym człowieka jest alienacja.

² W naszej pracy posługujemy się pojęciem reakcji depresyjnej w znaczeniu ogólnym, określanej na podstawie Kwestionariusza Depresji Becka (BDI — II). Według autorów narzędzia służy ono do pomiaru „ciężkości depresji u diagnozowanego pacjenta i do wykrycia możliwej depresji w normalnej populacji” (s.1) [13].

Prowadzone obecnie intensywne badania, także przez polskich autorów, między innymi przez Wąs i Schier [14], nawiązujące do nurtu psychologii rozwojowej, wskazują na różnice w spostrzeganiu własnego ciała u dzieci w zależności od płci oraz wieku.

Badacze nurtu psychodynamicznego, odwołujący się do klasycznych teorii psychoanalitycznych [15, 16], akcentowali wyraźny związek między rozwojem psychiki i ciała. Twierdzili, że tworzenie się *ego* jest ściśle połączone z doświadczeniami cielesnymi, a odczuwanie własnego ciała oraz doznania z jego wnętrza uznawali za nieodzowny warunek wykształcenia się poczucia istnienia, co jest, z kolei, ważnym elementem w procesie kształtowania się tożsamości. Współcześni reprezentanci tego nurtu teoretycznego postrzegają obraz ciała jako regulator wszystkich doświadczeń człowieka i podstawę spójnego, stałego i adekwatnego obrazu siebie [9, 17, 18, 19,]. Warunkiem rozwoju stabilnego obrazu ciała, w którym dominują emocje pozytywne (zadowolenie z ciała), jest ufna więź z opiekunem we wczesnym dzieciństwie, obejmująca, między innymi, emocjonalne dostrojenie się opiekuna do potrzeb dziecka (*attunement*), w tym także — odzwierciedlanie jego stanów psychicznych i potrzeb [9, 17]. Specyficzne, traumatyzujące dla dziecka właściwości wczesnodziecięcej relacji z opiekunem, takie jak jego niedostępność emocjonalna, wybiórcze, niekonsekwentne reakcje czy też emocjonalne uwikłanie dziecka, są odpowiedzialne za późniejszy brak integracji między ciałem i umysłem [18]. Tego typu wczesnodziecięce doświadczenia mogą prowadzić w późniejszym życiu danej osoby do pojawienia się takich symptomów, jak poczucie „zamazania” obrazu własnego ciała i braku granic między jednostką a otoczeniem, uczucie własnej aseksualności, różne problemy psychiczne oraz znamienne doznanie, że „nigdy nie zamieszkiwało się we własnym ciele” [19, s. 34]. Dla utworzenia, swego rodzaju, powtórnego połączenia pomiędzy — oddzielnymi od siebie — Ja cielesnym i Ja psychicznym, ludzie z trudnymi relacyjnymi doświadczeniami w przeszłości angażują się niejednokrotnie w wiele kompulsywnych aktywności, mających wyraz w uzależnieniu od alkoholu, seksu, zakupów lub ćwiczeń fizycznych [9]. Zatem obraz ciała (ciało w ogóle) jest często swoistym pośrednikiem, ujawniającym ślady zróżnicowanych doświadczeń danej osoby (w tym — traumatycznych). Owe doświadczenia mogą wiązać się z wystąpieniem u niej różnych zaburzeń funkcjonowania (w tym depresji), które, z kolei, są często, niejako wtórnie, „rozgrywane” w ciele lub na ciele [9].

Definicja pojęcia „obraz ciała”

Złożoność i wieloaspektowość terminu „obraz ciała” sprawia, że istnieje konieczność usystematyzowania pojęć — zarówno bardziej, jak i mniej bezpośrednio z nim związanych — w celu uniknięcia chaosu znaczeniowego, oraz uchronienia się przed wieloma potocznymi konotacjami, które ten termin niesie. Bielefeld [za: 20] uważa, że doświadczanie ciała należy różnicować na schemat ciała (*body schema*) i obraz ciała (*body image*). Poniżej przedstawiamy rozumienie tych pojęć, zaproponowane przez Bielefelda, w formie tabeli 1. (*str. następną*).

Jak widać z przedstawionego zestawienia, mnogość określeń związanych z pojęciem obrazu ciała sprawia, że podanie jednoznacznej definicji tego konstruktu teoretycznego nie jest sprawą prostą. Zakładamy, że obraz ciała jest częścią struktury Ja (a w tym — obrazu siebie) danej osoby oraz że stanowi znaczący element jej tożsamości. Dlatego w pracy

Tabela 1. Definicje *Schematu ciała i Obrazu ciała* według Bielefelda [za: 9]

| Schemat ciała | Obraz ciała |
|---|--|
| Orientacja we własnym ciele — orientacja na powierzchni i wewnątrz własnego ciała, zmysł kinestetyczny | Świadomość ciała, czyli reprezentacja psychiczna własnego ciała albo jego części, która jest dostępna świadomemu spostrzeganiu |
| Ocena wielkości ciała — ocena wielkości i miejsca, jakie ciało danej osoby zajmuje w przestrzeni | Granice ciała — doświadczenie oddzielenia swojego ciała od świata zewnętrznego |
| Wiedza o ciele — faktyczna wiedza na temat budowy i funkcji ciała oraz jego części, łącznie z różnicowaniem prawej i lewej strony | Stosunek do ciała — wszystkie postawy danej osoby w stosunku do jej ciała, a szczególnie do jej wyglądu |

tej przyjmujemy, za Chrostowską-Buzun [21], następującą definicję obrazu ciała: „Obraz ciała to umysłowa reprezentacja własnego ciała, posiadająca aspekt poznawczy, afektywny i behawioralny. Obraz ciała zazwyczaj jest nieświadomy, jednak w szczególnych przypadkach może stać się przedmiotem świadomej uwagi. Jest on elementem poczucia tożsamości” (s.1).

Cel pracy

Celem naszego badania było ustalenie, czy i w jaki sposób doświadczanie depresji jest powiązane ze specyfiką obrazu ciała u młodych dorosłych [22]. Ramę teoretyczną pracy stanowiło przede wszystkim podejście psychodynamiczne. Przyjęto założenie, że doświadczanie reakcji depresyjnej przez młodych dorosłych może wiązać się z istotnymi zmianami w percepcji wielu wymiarów ich własnego ciała. Przypuszczaliśmy też, że swoistym mediatorem pomiędzy depresją a obrazem ciała u młodych dorosłych może być ich pleć.

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 150 studentów i studentek różnych warszawskich uczelni w wieku 18–26 lat. Zbadano po 30 osób z każdej uczelni takich, jak: Uniwersytet Warszawski, Politechnika Warszawska, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Szkoła Główna Handlowa oraz Akademia Sztuk Pięknych. Dokonano wyboru grupy osób badanych tak, aby obejmowała ona przedstawicieli różnych kierunków studiów: nauk humanistycznych, ścisłych, medycznych, biznesowych oraz artystycznych.

Badanie było prowadzone przede wszystkim w domach studenckich poszczególnych szkół wyższych. Arkusz badawczy składał się, między innymi, z dwóch kwestionariuszy: narzędzia do badania obrazu ciała — MBSRQ Casha, oraz narzędzia do pomiaru depresji — BDI-II Becka. Badanie miało charakter indywidualny i anonimowy, a badani nie otrzymywali za udział w nim żadnego wynagrodzenia.

Metoda

1. Do ustalenia poziomu depresji posłużył Kwestionariusz Depresji Aarona Becka (PBI — II) [23] w tłumaczeniu Emilii Łojek oraz Aleksandry Kowalskiej. Narzędzie to składa się z 21 pozycji samoopisowych, mierzących nasilenie depresji u adolescentów (czyli osób powyżej 13. roku życia) i osób dorosłych. Zadaniem osób badanych jest odniesienie się do każdej z 21 pozycji testu w czterostopniowej skali. Wyniki zawierają się w granicach od 0 do 3 punktów (osoba badana może otrzymać maksymalnie 3 punkty w odniesieniu do każdej pozycji). Wynik w kwestionariuszu PBI-II jest sumą punktów dotyczących wszystkich odpowiedzi badanego. W zależności od liczby punktów, badany może zostać sklasyfikowany jako osoba z depresją: minimalną, łagodną, umiarkowaną lub ciężką. Dolną granicę dla depresji minimalnej stanowi wynik 13 punktów. Takim wskaźnikiem posługiwaliśmy się w naszym badaniu.

Rzetelność całego Kwestionariusza Depresji Becka (BDI-II), określana na podstawie współczynnika zgodności wewnętrznej α -Cronbacha, wyniosła w naszej próbie $\alpha = 0,905$. Można zatem uznać rzetelność narzędzia za wysoką.

2. Do pomiaru obrazu ciała wykorzystano Wielowymiarowy Kwestionariusz do Badania Obrazu Ciała (MBSRQ) autorstwa Thomasa F. Casha [23]. Kwestionariusz ten składa się z 69 pozycji, oceniających ustosunkowanie się badanych do wizerunku własnego ciała. Obejmuje on następujące skale: Ocena Wyglądu, Zorientowanie na Wygląd, Ocena Sprawności, Zorientowanie na Sprawność, Ocena Zdrowia, Zorientowanie na Zdrowie, Zorientowanie na Choroby, Satysfakcja z Obszarów Ciała, Zaabsorbowanie Nadwagą oraz Ocena Własnej Wagi. Narzędzie zostało zakupione od autora na potrzeby tego badania i przetłumaczone na język polski z zastosowaniem procedury *back-translation*. Ze względu na to, że nie było ono dotąd stosowane w Polsce, przedstawiamy bardziej szczegółowo jego skale:

Ocena Wyglądu (*Appearance Evaluation — AE*) — służy do badania atrakcyjności (satysfakcji z wyglądu) lub wrażenia jej braku. Wysoki wynik w tej skali oznacza pozytywne ustosunkowanie się do własnego wyglądu, natomiast niskie wyniki świadczą o ogólnym niezadowoleniu z tego, jak się wygląda (czasem też rozumiane jako niezadowolenie z ciała).

Zorientowanie na Wygląd (*Appearance Orientation — AO*) — określa zakres dbałości o własny wygląd. Wysoki wynik w tej podskali oznacza przykładanie przez daną osobę dużej wagi do własnego wyglądu zewnętrznego i podejmowanie wielu zabiegów upiększających. Niskie wyniki świadczą natomiast o braku inwestowania w to, jak się wygląda.

Ocena Sprawności (*Fitness Evaluation — FE*) — ujawnia przekonanie o własnej sprawności fizycznej lub brak takiego doznania. Wysoki wynik oznacza poczucie „bycia w formie” (*in shape*) i określanie siebie jako wysportowanego. Zwraca się tu też uwagę na podejmowanie regularnej aktywności fizycznej, której celem jest utrzymanie sprawności fizycznej. Z kolei niski wynik oznacza brak poczucia sprawności fizycznej.

Zorientowanie na Sprawność (*Fitness Orientation — FO*) — ocenia wysiłek wkładany w budowanie i utrzymywanie własnej sprawności fizycznej. Wysokie wyniki oznaczają podejmowanie działań w powyższym celu i traktowanie dbania o dobrą „formę”

jako istotnego elementu własnego stylu życia. Natomiast niskie wyniki oznaczają brak starań o dobrą sprawność i kondycję fizyczną i nieangażowanie się w aktywności, które temu służą.

Ocena Zdrowia (*Heath Evaluation — HE*) — określa stopień poczucia bycia zdrowym i/lub przekonanie o braku chorób somatycznych. Wysokie wyniki oznaczają przekonanie, że własne ciało jest w dobrej kondycji (jest zdrowe — *in good health*). Niskie wyniki świadczą zaś o doświadczaniu wielu nieprzyjemnych symptomów cielesnych i podatności na różnego rodzaju choroby somatyczne.

Zorientowanie na Zdrowie (*Heath Orientation — HO*) — ocenia zakres, w jakim jednostka prowadzi zdrowy tryb życia. Wysokie wyniki świadczą, że jest ona „świadoma zdrowia” (*health conscious*) i stara się przestrzegać zdrowego sposobu życia. Niskie wyniki oznaczają niewielkie zaangażowanie w prowadzenie trybu życia, który sprzyja somatycznemu zdrowiu.

Zorientowanie na Choroby (*Illness Orientation — IO*) — określa stopień wrażliwości danej osoby na objawy chorobowe lub niebezpieczeństwo zapadnięcia na chorobę somatyczną. Wysokie wyniki świadczą o przejmowaniu się wszelkimi somatycznymi symptomami, mogącymi świadczyć o chorobie, i częstym szukaniu pomocy lekarza. Niskie wyniki oznaczają brak nadmiernej koncentracji na cielesnych objawach, które mogłyby sygnalizować potencjalną chorobę.

Satysfakcja z Obszarów Ciała (*Body Areas Satisfaction — BAS*) — skala ta podobna jest do Skali Oceny Wyglądu, z tym, że BAS odnosi się do oceny poszczególnych części ciała, a nie ciała jako całości. Wysokie wyniki oznaczają zadowolenie z poszczególnych części własnego ciała, natomiast niskie świadczą o niezadowoleniu z rozmiaru bądź wyglądu danych części ciała.

Zaabsorbowanie Nadwagą (*Overweight Preoccupation — OP*) — ta skala wykazuje stopień lęku przed otyłością, częstość monitorowania własnej wagi (*weight vigilance*), stosowanie różnych diet i odchudzanie.

Ocena Własnej Wagi (*Self—Classified Weigh — SCW*) — skala ta pomaga określić wagę na kontinuum: od wielkiej niedowagi do wielkiej nadwagi.

Osoby badane mają za zadanie odnieść się do każdej z 69 pozycji kwestionariusza, dotyczących różnych obszarów ich ciała i jego funkcji. Oceniają każdą z pozycji w 5-stopniowej skali Likerta, rozpoczynającej się od 1, co oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam” (*definitely disagree*), a kończącej na 5 — „zdecydowanie się zgadzam” (*definitely agree*). W odniesieniu do części itemów skali wskaźniki są inne. I tak, 1 oznacza — nigdy, 2 — rzadko, 3 — czasami, 4 — często, a 5 — bardzo często. Niektóre pozycje kwestionariusza liczone są odwrotnie.

Aby dokonać oceny obrazu ciała u danej osoby za pomocą testu MBSRQ należy oszacować średni wynik dla każdej skali. Im wyższy wynik, tym większe zadowolenie z ciała i jego obszarów oraz funkcji.

Badania Casha [23] nad psychometrycznymi właściwościami poszczególnych skal MBSRQ wykazały, że kwestionariusz ten spełnia wymagane kryteria. W naszej próbie uzyskaliśmy wystarczające współczynniki rzetelności, ocenianej metodą sprawdzania zgodności wewnętrznej α -Cronbacha. Zawierały się one w granicach: od 0,53 do 0,83.

Wyniki

W statystycznej analizie, badającej związek pomiędzy depresją a poszczególnymi wymiarami obrazu ciała u młodych dorosłych, zastosowano test porównywania średnich dla grup niezależnych (t-Studenta). Wszystkie obliczenia zostały wykonane za pomocą komputerowego pakietu statystycznego SPSS.

Dokonano podziału badanych na osoby z depresją (jak powiedziano wcześniej, przyjęto wskaźnik „depresji minimalnej” według kryterium depresji w Kwestionariuszu Depresji Becka (BDI-II) i osoby bez depresji oraz obliczono średnie wyniki, jakie uzyskały one w Wielowymiarowym Kwestionariuszu do Badania Obrazu Ciała (MBSRQ).

Nasza hipoteza mówiła o tym, że średnie wyników osób z depresją w poszczególnych skalach kwestionariusza MBSRQ będą różnić się od średnich wyników osób bez depresji. Przyjeliśmy też, że obraz ciała tej pierwszej grupy badanych będzie ogólnie bardziej negatywny. Rezultaty przeprowadzonych analiz (wyłącznie dla wartości istotnych statystycznie) przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Parametry rozkładu wyników oraz wyniki testu t-Studenta dla zależności pomiędzy depresją i obrazem ciała

| Parametry rozkładu wyników w poszczególnych podskalach dla zależności depresja a obraz ciała | | | | | Test t-Studenta | | |
|--|----------|----|---------|----------------------|-----------------|--------|-----------------------|
| Podskale MBSRQ | Depresja | N | Średnia | Odchylenie standard. | t | Df | Istotność (dwustron.) |
| AE | Depresja | 51 | 21,843 | 5,327 | -3,934 | 146 | 0,000 |
| | Brak | 97 | 25,443 | 5,272 | | | |
| AO | Depresja | 51 | 40,000 | 9,245 | -2,527 | 147 | 0,013 |
| | Brak | 98 | 43,489 | 7,273 | | | |
| FE | Depresja | 51 | 9,255 | 2,544 | -4,456 | 147 | 0,000 |
| | Brak | 98 | 11,204 | 2,528 | | | |
| FO | Depresja | 50 | 40,120 | 8,594 | -3,030 | 146 | 0,003 |
| | Brak | 98 | 44,980 | 9,531 | | | |
| HE | Depresja | 51 | 20,275 | 4,123 | -2,522 | 146 | 0,013 |
| | Brak | 97 | 22,083 | 4,155 | | | |
| HO | Depresja | 51 | 24,294 | 4,925 | -2,545 | 147 | 0,012 |
| | Brak | 98 | 26,398 | 4,716 | | | |
| BAS | Depresja | 51 | 28,157 | 5,693 | -5,084 | 147 | 0,000 |
| | Brak | 98 | 32,939 | 5,316 | | | |
| OP | Depresja | 51 | 10,294 | 3,828 | 2,534 | 147 | 0,012 |
| | Brak | 98 | 8,755 | 3,346 | | | |
| SCW | Depresja | 51 | 6,353 | 1,885 | 1,815 | 76,170 | 0,073 |
| | Brak | 98 | 5,816 | 1,319 | | | |

Na podstawie wyników przeprowadzonych analiz stwierdzono, że badani z depresją uzyskali wyniki znacząco niższe w takich skalach obrazu własnego ciała, jak: Ocena Wyglądu, Zorientowanie na Wygląd, Ocena Sprawności, Zorientowanie na Sprawność, Ocena Zdrowia, Zorientowanie na Zdrowie, Satysfakcja z Obszarów Ciała. We wszystkich tych skalach uzyskali wynik świadczący o tym, że odnoszą się bardziej negatywnie, w porównaniu z osobami bez depresji, do ocenianych obszarów własnego ciała. W skalach Zaabsorbowanie Nadwagą oraz Ocena Własnej Wagi osoby badane z wyższym poziomem depresji uzyskały wyższą średnią wyników, co może oznaczać, że bardziej koncentrują się one na myśleniu o wadze (nadwadze) w porównaniu z osobami bez depresji.

W odniesieniu do danych z literatury przedmiotu, wskazujących na różnice pomiędzy obrazem ciała u mężczyzn i kobiet, występujące już u małych dzieci [14], przeprowadzono analizy szczegółowe, których celem było poszukiwanie elementu, który mógłby „pośredniczyć” w obszarze powiązań pomiędzy depresją i obrazem ciała. Założyliśmy, że takim mediatorem może być płeć osób badanych.

Dokonano podziału badanych ze względu na płeć i obliczono średnie wyniki uzyskane przez mężczyzn i kobiety w Kwestionariuszu Depresji Becka (BDI-II), oraz w kwestionariuszu Obrazu Ciała Casha. Do analizy statystycznej wykorzystano test t–Studenta dla prób niezależnych. Wyniki porównania średnich wartości zmiennej wyjaśnianej „płeć” między grupami, różniącymi się pod względem percepcji własnego ciała, zaprezentowano w tabeli 3 (zawarto wyłącznie zależności istotne statystycznie).

Tabela 3. **Parametry rozkładu wyników oraz rezultaty testu t-Studenta dla zależności: płeć i obraz ciała u osób badanych**

| Parametry rozkładu wyników podskal MBSRQ dla zależności „płeć i obraz ciała” | | | | | Test t–Studenta | | |
|--|-----------------|----|---------|----------------------|-----------------|--------|-----------------------|
| Podskale MBSRQ | Płeć*: M=1, K=2 | N | Średnia | Odchylenie standard. | t | df | Istotność (dwustron.) |
| AO | 1 | 78 | 39,667 | 8,393 | -4,269 | 148 | 0,000 |
| | 2 | 72 | 45,041 | 6,878 | | | |
| FO | 1 | 78 | 44,705 | 9,647 | 1,923 | 147 | 0,056 |
| | 2 | 71 | 41,745 | 9,072 | | | |
| OP | 1 | 78 | 8,461 | 3,617 | -3,083 | 147,99 | 0,002 |
| | 2 | 72 | 10,208 | 3,322 | | | |

*M (mężczyzna) = 1; K (kobieta) = 2.

Na podstawie wyników przeprowadzonych analiz można przyjąć, że płeć różnicuje badanych w takich podskalach testu Casha, jak Zorientowanie na Wygląd, Zorientowanie na Sprawność oraz Zaabsorbowanie Nadwagą. Kobiety w podskalach Zorientowanie na Wygląd oraz Zaabsorbowanie Nadwagą uzyskały wyniki wyższe w porównaniu z mężczyznami, natomiast ci ostatni — wyższe w podskali Zorientowanie na Sprawność. W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono związku pomiędzy płcią osób badanych a poziomem ich depresji.

Podsumowanie i dyskusja

Podsumowując rezultaty naszych badań, można ogólnie powiedzieć, że osoby uzyskujące wyniki wskazujące na występowanie u nich przynajmniej „minimalnej” depresji, postrzegają własne ciało w sposób bardziej negatywny. Chodzi tu nie tylko o wygląd ogólny i satysfakcję z poszczególnych części ciała, ale też o krytyczną percepcję własnej sprawności fizycznej oraz zdrowia somatycznego. Osoby z depresją bardziej koncentrują się na własnej wadze i są pochłonięte myśleniem o nadwadze.

Próbując wyjaśnić ten fenomen warto przypomnieć, przedstawiane wcześniej, tezy autorów orientacji psychodynamicznej dotyczące obrazu własnego ciała [18, 19]. Zgodnie z nimi nie można oddzielać cierpienia psychicznego od doznań związanych z ciałem i cielesnością, a wewnętrzny obraz ciała, czyli jego reprezentacja psychiczna, jest znaczącym elementem poczucia tożsamości. W koncepcjach fenomenu depresji, odnoszących się do psychologii społecznej i psychologii osobowości przyjmuje się, że osoby z depresją wyróżnia tzw. realizm depresyjny, a więc bardziej krytyczna ocena własnej osoby i otaczającego świata [24, 25]. Pojawia się niekiedy twierdzenie, że owa depresyjna wizja świata jest „prawdziwsza” (bo pozbawiona złudzeń) [24] od spojrzenia na świat ludzi zdrowych. Wydaje się ono jednak dyskusyjne³. Niektórzy autorzy podkreślają rolę błędów i zniekształceń poznawczych, których doświadczają osoby z depresją, objaśniając w ten sposób fakt ich „głębszego” spojrzenia na świat [26, 27].

Różni przedstawiciele podejścia psychodynamicznego, w rozumieniu zjawiska depresji uwydatniają znaczenie negatywnych uczuć do siebie osób depresyjnych [28]. Według tych badaczy z tym właśnie mechanizmem łączy się autodewaluacja i pesymistyczne postrzeganie otoczenia. Autorzy zorientowani psychoanalitycznie, którzy odwołują się do nurtu medycyny psychosomatycznej [29], przedstawiają depresję w ścisłym powiązaniu z zaburzeniami somatycznymi. Schier [9] w swoich badaniach osób chorych na astmę oskrzelową wskazywała z jednej strony na specyfikę regulacji przez nie własnych emocji, z drugiej zaś, na odmienną doświadczenia własnego ciała przez chore dzieci. Sformułowała tezę, że ciało może być dla chorych osób — obce (*alien*), czyli taką częścią Ja, która wiąże się z nieprzyjemnością lub bólem. Czyżby także badani przez nas młodzi dorośli, którzy doświadczają stanu depresji, tak bardzo nie lubili siebie, w tym swego ciała, że stawałoby się ono tak nieprzyjemne, tak bolesne, że aż obce?

Zastanawiało nas także, dlaczego badani „depresyjni”, choć istotnie negatywnie oceniali wizerunek różnych aspektów swojego ciała, to jednak nie podejmowali działań w kierunku jego poprawy. Wynik ten jest spójny z ogólnie przyjętym, klinicznym obrazem depresji, nas interesował jednak mechanizm tego zjawiska.

Aby odpowiedzieć na powyższe pytanie, warto nawiązać do badań Chrzastowskiego [30], który zauważył, że osoby z depresją nie tylko w mniejszym stopniu utożsamiają się z własnym ciałem, w porównaniu z osobami z populacji ogólnej, ale też doświadczają o wiele więcej przykrych doznań cielesnych, takich, jak różnego rodzaju bóle lub fałszywe przekonania dotyczące zmian kształtu własnego ciała (dysmorfofobie). Negatywne uczucia

³ Z jednej strony, jak ujął to Kępiński [5], swoista „mądrość” chorych na depresję, czyli spojrzenie *sub specie aeternitatis* — pod kątem wieczności — nadaje myśleniu pewną „głębę”. Z drugiej strony jednak, jak stwierdził dalej ten sam autor, nic nie wynika z tej mądrości dla chorych i ich najbliższego otoczenia.

związane z depresją zostają, wedle tego autora, niejako „przeniesione” na ciało, skutkując wyżej opisanymi zaburzeniami w jego percepcji. Jak zauważyli również psychologowie Gestalt [7], zdrowie psychiczne to kwestia utożsamiania się z własnym ciałem. Zgodnie z tym ujęciem wszelkie zaburzenia psychiczne mają początek w odrzuceniu przez daną osobę jej własnego Ja, w którym znaczącą rolę — obok umysłowego — odgrywa także aspekt somatyczny. Również Lowen [6] zwracał uwagę na mniejszą witalność i poziom ugruntowania w ciele („bycia we własnym ciele) osób depresyjnych, co powoduje, że ciało takich osób może być niekiedy przeżywane jako częściowo martwe. Autor ten twierdził, że jedną z ważnych cech depresji jest tzw. ściganie iluzji i koncentracja na nierzeczywistości, co powoduje, że również ciało może wydawać się na swój sposób nierealne [6]. Zatem negatywna ocena własnego ciała przez badanych z depresją, z jednoczesną niechęcią do poprawy wyobrażonych lub realnych braków, może wiązać się z ich stosunkiem emocjonalnym do ciała i rodzajem stosowanych przez nich mechanizmów obronnych. Ciało osoby w depresji jawiłoby się jej więc, jak przyjęto powyżej, jako coś na tyle bolesnego, a zarazem obcego, że jedynym racjonalnym rozwiązaniem psychicznym stawałoby się emocjonalne odcięcie się od niego lub jego dewaluacja.

Wyniki badań potwierdziły też nasze przypuszczenia, że płeć osób badanych jest istotnym elementem pośredniczącym między depresją a obrazem ciała. W takich obszarach obrazu ciała badanych, jak ocena własnego wyglądu, własnej wagi oraz ukierunkowanie na kondycję fizyczną, ujawniły się różnice między kobietami a mężczyznami. I tak, kobiety są bardziej skoncentrowane na własnym wyglądzie i wadze, natomiast mężczyźni dążą do poprawienia swojej sprawności fizycznej. Starając się wyjaśnić uzyskane zależności, warto nawiązać do wyników Mandal [31], która badała obraz ciała kobiet i mężczyzn dwóch typów uczelni: Akademii Wychowania Fizycznego oraz kierunków uniwersyteckich. Rezultaty badań tej autorki ujawniły, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni studiujący na AWF-ie wykazali wyższy stopień zadowolenia w prawie wszystkich wymiarach obrazu ciała w porównaniu z osobami z uniwersytetów. Jednocześnie, kobiety z AWF-u i z kierunków uniwersyteckich istotnie gorzej oceniały swoje ciało w porównaniu z mężczyznami w ogóle, zatem i tutaj ujawniły się stereotypy płciowe — nawet bardzo wysportowane i atrakcyjne kobiety z AWF-u postrzegały swoje ciało ogólnie mniej pozytywnie w porównaniu z mężczyznami.

Warto w tym miejscu powiedzieć, że rezultaty wielu badań, prowadzonych w ostatnich latach [14, 31], wskazują na bardziej negatywny obraz ciała u kobiet. Jak powiedziano wcześniej, już małe dziewczynki są mniej zadowolone ze swojego ciała od chłopców, co wyjaśniane jest często rolą stereotypów społeczno-kulturowych [31]. Mandal [31] podkreśla także inny aspekt w odniesieniu do analizowanych zależności. Jej zdaniem istnieją różnice międzypłciowe, jeśli idzie o sposób i kryteria dokonywania samooceny ciała. O ile mężczyźni dysponują wymiernymi i łatwo policzalnymi wskaźnikami umożliwiającymi dokonywanie oceny własnego ciała (ogólna sprawność fizyczna i sportowa, np. liczba celnych strzałów do bramki), o tyle kobiety uczestniczą najczęściej w takich dyscyplinach sportowych, w których ocena ma charakter bardziej subiektywny (np. balet, gimnastyka artystyczna). Tworzenie obrazu Ja na podstawie tak nieprecyzyjnych kryteriów może powodować u kobiet brak pewności siebie i niską samoocenę. Mandal [31] stwierdziła

także inny ciekawy związek wskazujący na to, że u kobiet zadowolenie z własnego ciała dodatnio koreluje z psychiczną męskością.

Na koniec warto poświęcić nieco uwagi metodyce przeprowadzonych badań. Na podstawie dostępnej literatury przedmiotu można uznać nasze badania za jedno z pierwszych na gruncie polskim, obejmujące grupy młodych dorosłych i będące poszukiwaniem związków pomiędzy takimi zmiennymi, jak depresja, obraz ciała oraz płeć. Należy jednak wskazać na kilka ograniczeń. Po pierwsze, w badaniach wykorzystano narzędzia samoopisowe, a zastosowany schemat badawczy uniemożliwia wyciąganie wniosków przyczynowo-skutkowych. W kolejnych przedsięwzięciach badawczych warto odwołać się do bardziej zaawansowanych metod statystycznych, np. do analizy regresji. Co więcej, w naszym badaniu przeżycia depresji mogły być oceniane wyłącznie na podstawie subiektywnych deklaracji osób badanych. Tego rodzaju problemów unika się często w badaniach prowadzonych w nurcie psychologii klinicznej, gdy możliwa jest wnikliwa ocena psychologiczna i psychiatryczna danej osoby.

Mimo tych ograniczeń (a może właśnie dzięki nim), wydaje się, że uzyskane wyniki są bardzo interesujące i stanowią inspirację do dalszych dociekań. Uważamy też, że nasze rezultaty mogą stanowić zachętę dla psychologów klinicznych do stawiania pytań o rolę obrazu ciała u osób z różnymi zaburzeniami, w tym przede wszystkim — u chorych na depresję. Interesujące jest także to, jak można przełożyć uzyskaną wiedzę o sposobie doświadczania własnego ciała przez osoby z depresją na określanie precyzyjnych sposobów pomocy psychologicznej, a w szczególności — różnych metod psychoterapii.

Piśmiennictwo

1. Pużyński S. Depresje. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1988.
2. Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005.
3. Kępiński A. Melancholia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1974.
4. WHO. The world health report. Fighting disease, fostering development. www.who.int/whr/1996/en/index.html. Uzyskano 25.06.2007; 1996.
5. Fromm E. Ucieczka od wolności. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1970.
6. Lowen A. Depression and the body. London: Penguin Press; 1976.
7. Kepner J. Ciało w procesie psychoterapii Gestalt. Warszawa: Wydawnictwo Pusty Obłok; 1991.
8. Bednarska M. Depresja jako zjawisko psychosomatyczne według F. G. Alexandra. *Dialogi* 2001; 3/4: 56–62.
9. Schier K. Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
10. Mirucka B. Poszukiwanie znaczenia cielesności i Ja cielesnego. *Przegl. Psychol.* 2003; 46: 209–223.
11. Cash T F, Pruzinsky T, red. *Body image. A handbook of theory, research and clinical practice.* New York, London: The Guilford Press; 2002.
12. Castle DJ, Philips KA. *Disorders of body image.* Petersfield, UK; Philadelphia, USA: Wrightson Biomedical Publishing; 2002.

13. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *BDI- II*. Depression Inventory. Manual. Second Edition. San Antonio: The Psychological Corporation, Harcourt Brace and Company; 1996.
14. Wąs M, Schier K. Obraz ciała u dzieci — perspektywa rozwojowa. *Now. Psychol.* 2007; 1: 5–20.
15. Freud Z. *Poza zasadą przyjemności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1975.
16. Fisher S, Cleveland SA. *Body image and personality*. New York: Dover Publications; 1968.
17. McDougall J. *Theatres of mind: Illusion and truth on the psychoanalytical stage*. London: Free Association Books; 1986.
18. McDougall J. *Theatres of the body: a psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York, London: W. Norton and Company; 1989.
19. Krueger DW. *Integrating body self and psychological self. Creating a new story in psychoanalysis and psychotherapy*. London: Brunner–Routledge; 2002.
20. Schier K, Piotrowski P, Tarnowski A. Obraz ciała u dzieci w wieku szkolnym chorujących na astmę oskrzelową. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2003; 2: 90–99.
21. Chrostowska-Buzun A. Obraz ciała u dziecka po traumie. *Dialogi* 2001; 3/4: 24–32.
22. Rzeszutek M. *Doświadczenia utraty, depresja i obraz ciała u młodych dorosłych*. Praca magisterska napisana pod kierunkiem dr hab. Katarzyny Schier. Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, 2007.
23. Cash TF. *The multidimensional body-self relations questionnaire. MBSRQ users' manual*. 3rd edition. Norfolk: Old Dominion University; 2000.
24. Kofta M, Szutrowa T, red. *Złudzenia, które pozwalają żyć — szkice z psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1991.
25. Lewicka M. *Aktor czy obserwator? Psychologiczne mechanizmy odchylenia od racjonalności w myśleniu potocznym*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 1993.
26. Huflejt-Lukasik M. Depresja — wybrane modele teoretyczne (cz. 2). *Now. Psychol.* 1999; 2: 37–52.
27. Shahar G, Davidson C. Depressive symptoms erode self-esteem in severe mental illnesses: a three-wave, cross-lagged study. *J. Cons. Clin. Psychol.* 2003; 71: 890–900.
28. Allen JG. *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester, New York, Toronto: John Wiley & Sons; 2001.
29. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
30. Chrzastowski S. Porównanie sposobu odczuwania własnego ciała u osób z rozpoznaniem schizofrenii, depresji, z zaburzeniami osobowości i nerwicowymi oraz u osób bez zaburzeń. *Psychoter.* 2003; 1: 5–17.
31. Mandal E. Ciało jako proces — ciało jako obiekt. Obraz ciała u studentów AWF i studentów kierunków uniwersyteckich. *Czas. Psychol.* 2004; 10: 35–47.

Adres: Katarzyna Schier
Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego
00-183 Warszawa, ul. Stawki 5/7
e-mail: kas@psych.uw.edu.pl