



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Psychologiczny profil cech ja cielesnego u młodych kobiet polskich : analiza porównawcza struktury ja cielesnego u kobiet chorych na zaburzenia odżywiania i zaburzenia psychotyczne i tych nie ujawniających zaburzeń psychicznych

Author: Bernadetta Izydorczyk

Citation style: Izydorczyk Bernadetta. (2011). Psychologiczny profil cech ja cielesnego u młodych kobiet polskich : analiza porównawcza struktury ja cielesnego u kobiet chorych na zaburzenia odżywiania i zaburzenia psychotyczne i tych nie ujawniających zaburzeń psychicznych. "Psychiatria Polska" (2011, nr 5, s. 653-670).



Uznanie autorstwa - Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie pod warunkiem oznaczenia autorstwa.



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Psychologiczny profil cech ja cielesnego u młodych kobiet polskich – analiza porównawcza struktury ja cielesnego u kobiet chorych na zaburzenia odżywiania się i zaburzenia psychotyczne

Psychological profile of bodily self features of young Polish women – comparative analysis of bodily self structure of woman with eating disorders and psychosis

Bernadetta Izydorczyk

Zakład Psychologii Klinicznej i Sądowej UŚ w Katowicach
Kierownik: dr hab. J. M. Stanik

Summary

Aim. The aim of the study was psychological diagnosis of body self structure in Polish group of women (120 young women) suffering from eating disorders (anorexia and bulimia nervosa) and schizophrenic psychosis.

Method. The authoress used the following method: Eating Disorder Inventory EDI D.Garner, Satisfaction of Body Questionnaire T.Thompson and projection methods: Thompson's Figures Test and drawing test "body image". 120 women in age 20–26 took part in the study.

Results. Conducted statistical analysis (focussing analysis) indicated the presence of five main clusters (types) of women who expose a variety self bodily constellation. It allowed to form psychological profile of the features of these types.

Conclusions. Preparation of bodily structure's psychological profile can diversify and direct the psychological diagnosis process and psychological therapy of this group suffering women.

Słowa kluczowe: ja cielesne, zaburzenia odżywiania się, schizofrenia

Key words: bodily self, eating disorders, schizophrenic psychosis

Wstęp

Problematyka doświadczania własnej cielesności i wizerunku ciała u współczesnych kobiet jest coraz częściej poruszana w badaniach naukowych [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23]. Przedmiotem szczególnego zainteresowania są tematy dotyczące wizerunku ciała u kobiet chorych na anoreksję i bulimię psychiczną.

Psychologiczna diagnoza cielesności w zaburzeniach psychotycznych nadal stanowi obszar do odkrycia. Począwszy od teoretycznych prac Bleulera czy Kraepelina poświęconych rozważaniom nad urojeniami, które dotyczą ciała, wskazuje się na istotne znaczenie w przebiegu schizofrenii zniekształceń w percepcji ciała [24, 25, 26]. W tym zakresie temat ten w polskiej literaturze przedmiotu jest dokumentowany mało licznymi badaniami naukowymi [24, 25, 26]. Psychologiczna diagnoza poziomu poznawczych i emocjonalnych zniekształceń w doświadczaniu ciała przez chore – zarówno na schizofrenię, jak i zaburzenia odżywiania się – osoby, to istotny element całego procesu ich diagnozy i leczenia. Z tego powodu ważna jest empiryczna weryfikacja wskaźników struktury ja cielesnego chorujących na te zaburzenia, w populacji polskiej, kobiet.

Cel badania

Celem podjętego badania jest diagnoza poziomu nasilenia i konfiguracji cech struktury ja cielesnego młodych polskich kobiet chorujących na zaburzenia psychotyczne (schizofrenię) oraz zaburzenia odżywiania się (anoreksję i bulimię psychiczną). Chciałam sprawdzić, czy istnieją – i jakie – specyficzne typy konfiguracji poziomu nasilenia cech, struktury ja cielesnego w badanej grupie chorych kobiet.

Wyodrębniłam dwie główne zmienne niezależne: zaburzenia odżywiania się (anoreksję i bulimię psychiczną) oraz zaburzenia psychotyczne (schizofrenię). Wskaźnikami tych zmiennych była obecność symptomatologii i udokumentowanej medycznie diagnozy F50.0, F.50.02, czy też F20 (według ICD-10).

Zmienną główną, którą weryfikowano, stanowiła struktura ja cielesnego. Odwołując się do koncepcji poznawczych zdefiniowano ją jako złożoną strukturę, stanowiącą konfigurację emocjonalnego doświadczania własnego ciała i jego funkcji oraz jego „umysłowego” (percepcyjno-myślowego) obrazu [2, 3, 4, 5, 6, 7, 10]. Wyodrębniono następujące składowe tej zmiennej:

1 – schemat ciała (stopień orientacji jednostki na powierzchni własnego ciała oraz świadomości posiadania jego określonych części, ujawniający się w umiejętności ich uszczegółowienia)

2 – poczucie granic ciała (poziom doświadczania oddzielenia własnego ciała od świata zewnętrznego)

3 – świadomość interoceptywna – tj. zdolność rozpoznawania wrażeń płynących z ciała i odpowiadania na nie (poziom poczucia zakłopotania i trudności w rozpoznawaniu i odpowiadaniu na pojawiające się stany emocjonalne oraz wrażenia napływające z ciała)

4 – jakość doświadczania funkcji ciała (poziom doświadczanego lęku przed dorosłością – tj. akceptacji rozwoju psychoseksualnego w związku z przejściem do etapu dorosłości i zmianą obrazu ciała, oraz utratą poczucia bezpieczeństwa z okresu dzieciństwa)

5 – obraz ciała, tj. subiektywny wizerunek rozmiarów i kształtu ciała oraz odczucia dotyczące jego określonych części; na obraz ciała składa się: odpowiednia ocena jego rozmiarów i kształtu oraz związane z nim odczucia (zadowolenie, akceptacja lub dyskredytacja).

6 – samoocena i zadowolenie z własnego ciała – poziom globalnej satysfakcji z własnego ciała, wagi, kształtu i wyglądu; samoocena ciała zawiera w sobie ocenę realnego obrazu ciała, tj. spostrzeganego rzeczywistego obrazu ciała („jaka jestem”) oraz pragnienia i oczekiwania wobec ciała (tzw. idealny obraz ciała „jaka chciałabym być”).

Zmienną dodatkową i kontrolowaną stanowił indeks masy ciała BMI (body mass index). Określa on prawidłową masę ciała w stosunku do posiadanego wzrostu. Jego wskaźnikiem jest iloraz wagi i iloczynu kwadratu wzrostu. Przyjmuje się, że prawidłowa wielkość BMI mieści się w granicach od 19,5 do 24,5; poniżej tej średniej mieszczą się wyniki wskazujące na niedowagę, stan wyniszczenia, powyżej – na nadwagę.

Charakterystyka i dobór grupy badanej

Badaniem objęto 120 kobiet narodowości polskiej z rejonu województwa śląskiego w wieku 21–25 lat. Nie były one ze sobą spokrewnione. Liczba osób badanych stanowiła próbę reprezentatywną dla populacji kobiet polskich. Umożliwiła również przeprowadzenie analizy statystycznej otrzymanych wyników badania. Dobór do grupy miał charakter celowy. Kryterium doboru stanowiły: płeć (ze względu na cel pracy badano tylko kobiety), udokumentowana medycznie obecność jednej z chorób, tj. anoreksji psychicznej, bulimii bądź schizofrenii. Do ustalenia diagnozy wymienionych zaburzeń wykorzystano dane ze skategoryzowanego wywiadu lekarskiego dotyczącego historii chorób samych badanych, w czasie kiedy poddani byli leczeniu. Kryteria klasyfikacji zaburzenia spełniały wymogi ICD-10. Grupę kliniczną I tworzyło 40 kobiet z udokumentowaną medycznie diagnozą anoreksji psychicznej (F.50.0). Grupę kliniczną II tworzyło 40 kobiet z udokumentowaną medycznie diagnozą bulimii psychicznej (F.50.2). Grupę kliniczną III tworzyło 40 kobiet z udokumentowaną medycznie diagnozą schizofrenii (F.20).

Kryteria wyłączające z badania obejmowały: brak aktualnie rozwijających się wytwórczych objawów psychotycznych, nadużywania środków psychoaktywnych i alkoholu, brak nieprawidłowego rozwoju intelektualnego, przewlekłych schorzeń somatycznych (widocznego kalectwa i fizycznych zniekształceń ciała), zmian organicznych w OUN. Dane te uzyskano ze skategoryzowanego wywiadu klinicznego, dotyczącego prezentowanego tematycznego obszaru, oraz z badań psychologicznych, udokumentowanych w historiach chorób (potwierdzających brak upośledzenia umysłowego i fragmentarycznych deficytów rozwojowych w OUN). Jak wynika z literatury przedmiotu, czynniki te mogą mieć wpływ na kształtowanie się wizerunku ciała, dlatego kobiety z obecnością tychże dysfunkcji wykluczono z badania. W czasie trwania badania wszystkie osoby pozostawały pod stałą opieką medyczną (lekarsko-psychologiczną). Czas pozostawania w procesie leczenia badanych kobiet mieścił się w przedziale 2 miesiące do 12 miesięcy. Badania prowadzone były w latach 2007–2010 zgodnie z zachowaniem zasady pełnej anonimowości i potwierdzone każdorazowo osobistą zgodą na ich przeprowadzenie.

Metody badania

W badaniu zastosowano kwestionariuszowe i projekcyjne metody, przeznaczone do psychologicznej diagnozy wizerunku ciała, opisywane w literaturze przedmiotu [3, 4, 7,

8, 10, 27, 28]. Zastosowano: Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania się EDI, autorstwa D. Garnera, Kwestionariusz Oceny Zadowolenia z Ciała, autorstwa T. Thompsona, metodę projekcyjną: Test Figur Thompsona i Graya CDRS (Contour Drawing Rating Scale), rysunek tematyczny: „obraz ciała”.

Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania się EDI (Eating Disorders Inventory) autorstwa D. Garnera jest jednym z najczęściej używanych narzędzi do pomiaru zachowań i postaw występujących w obrazie klinicznym anoreksji i bulimii psychicznej, również tych związanych z percepcją i doświadczaniem ciała [8]. W badaniu, ze względu na ich cel, zostały uwzględnione 3 skale: Niezadowolenie z Ciała (Body Dissatisfaction), Deficyty Interoceptywne (Interoceptive Deficits) oraz Lęk przed Dorosłością (Maturity Fear).

Skala: Niezadowolenie z Ciała (Body Dissatisfaction) służyła do pomiaru wskaźników składowej ja cielesnego: „obraz ciała”. Skala ta pozwoliła na ocenę ogólnego poziomu poczucia zadowolenia z ciała, nasilenia dyskredytacji wyglądu zewnętrznego, kształtu i wagi ciała, a także poszczególnych jego części. Składa się z dziesięciu itemów. Osoba badana mogła uzyskać od 0 do 40 punktów. Wynik w granicach 36–40 oznacza bardzo wysoki stopień dyskredytacji kształtu i rozmiaru ciała i niezadowolenia z niego. Wynik w granicach 22–35 oznaczał znaczące niezadowolenie z kształtu, rozmiaru oraz wagi ciała oraz negatywne uczucia związane z jego częściami. Wynik mieszczący się w granicach 0–21 oznaczał przedział wyników tzw. normy [8].

Skala: Deficyty Interoceptywne (Interoceptive Deficits) służyła do pomiaru oceny poziomu świadomości interoceptywnej u badanych kobiet. Pozwoliła na ocenę poziomu poczucia zakłopotania w rozpoznawaniu i odpowiadaniu na pojawiające się stany emocjonalne oraz wrażenia napływające z ciała, a także lęku przed silnym afektem i możliwością utraty kontroli nad bodźcami płynącymi z ciała. Składa się ona z ośmiu itemów. Osoba badana mogła uzyskać od 0 do 32 punktów. Wynik 13–32 pkt. wskazywał na wysoki stopień zakłopotania i dyskredytacji doświadczanych emocji. Osoby o takim wyniku zamiast emocje przeżywać, poddają je intelektualnej ocenie, czy ich występowanie jest uzasadnione, pożądane oraz usprawiedliwione. Można założyć, że uzyskanie wysokiego wyniku w tej skali stanowi istotny czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania się. Wynik niski (0–10 pkt.) wskazywał na prawidłowo zachowaną zdolność radzenia sobie oraz akceptację doświadczania pozytywnych i negatywnych emocji związanych z ciałem. Jest on zarazem wskaźnikiem poziomu zdrowia psychicznego [8].

Skala: Lęk przed Dorosłością (Maturity Fear) służyła do pomiaru poziomu akceptacji rozwoju psychoseksualnego jako istotnej składowej prawidłowo przebiegającego okresu separacji i indywidualizacji i osiągnięcia tożsamości dorosłej osoby. Lęk ten wiąże się z ujawnianą tendencją, pragnieniem powrotu do wyglądu z okresu przedpokwitaniowego [29]. Osoba badana mogła uzyskać od 0 do 32 punktów. Wynik wysoki (od 13 do 32) wskazywał na silne pragnienie bycia młodszym i powrotu do bezpieczeństwa z okresu dzieciństwa oraz przekonanie, że wymagania, jakie stawia dorosłość, są zbyt duże. Wynik niski (od 0 do 5) oznaczał wysoki poziom akceptacji rozwoju psychoseksualnego i psychicznej akceptacji etapu dorosłości [8].

W badaniach zastosowano także Kwestionariusz Zadowolenia z Ciała K. Thompsona [3, 7]. Posłużył on do pomiaru poziomu zadowolenia/niezadowolenia z wagi,

kształtu ciała oraz wyglądu zewnętrznego badanych kobiet. Badane umiejscawiały siebie na kontinuum: zadowolenie/niezadowolenie, korzystając z wyborów w dziesięciopunktowej skali. Uzyskiwały wyniki w granicach od 0 (wysoki stopień zadowolenia) do 10 (wysoki stopień niezadowolenia). Przyjęto, że wynik równy 5 stanowi średni poziom zadowolenia z ocenianych wymiarów.

Kolejne narzędzie pomiaru obrazu ciała stanowił Test Figur Thompsona i Graya CDRS [3, 4] (Contour Drawing Rating Scale). Umożliwił on dokonanie porównania realnie spostrzeganego obrazu swojego ciała (ja realne) z idealnym jego wizerunkiem (ja idealne). Narzędzie składa się z zestawu dziewięciu obrazków przedstawiających sylwetki kobiet różniące się proporcjami ciała, przy takim samym wzroście. Zadaniem badanych było wybranie z zestawu sylwetek tylko dwóch. Jedna z nich ma przedstawiać rzeczywisty wygląd ciała osoby badanej, a druga – idealną sylwetkę, którą badana chciałaby mieć. Miarą poziomu akceptacji obrazu własnego ciała była różnica pomiędzy oceną idealnego kobiecego ciała a oceną własnej sylwetki. Wyniki przyjmowały wartość od 0 (brak rozbieżności w ocenie idealnego i aktualnego kształtu ciała świadczący o wysokim poziomie akceptacji wyglądu zewnętrznego) do 8 (bardzo wysoka rozbieżność w ocenie idealnego i aktualnego kształtu ciała, świadcząca o niskim poziomie akceptacji wyglądu zewnętrznego).

Rysunek tematyczny „obraz ciała” zastosowano w celu weryfikacji poziomu złożoności schematu ciała oraz poczucia granic ciała (doświadczenia oddzielenia własnego ciała od świata zewnętrznego, umożliwiającego postrzeganie siebie jako istoty ucieleśnionej, skończonej i różnej od innych). Jest to metoda projekcyjna, w której badana osoba otrzymała instrukcję narysowania obrazu ciała. Oparto się na założeniu, że rysunek stanowi projekcję obrazu siebie, szczególnie takiej cechy struktury cielesności, jak: schemat ciała i poczucie jego granic [27, 28]. Aby je zweryfikować, w interpretacji testu skupiono się na wskaźnikach typu: ocena liczby detali ciała oraz formalnych i strukturalnych aspektów rysunku (rozmiar postaci, charakter i nacisk kreski). Odwołując się do założeń teoretycznych dotyczących znaczenia rysunku postaci ludzkiej w diagnozie psychologicznej przyjęto, że im większa liczba detali zawartych na rysunku, tym wyższy poziom złożoności schematu ciała [27, 28].

Formalna i strukturalna ocena aspektów rysunku dotyczyła: oceny adekwatności rozmiaru postaci i jej uszczegółowienia. Obecność bądź brak na rysunku podstawowych części ciała (głowa, włosy, nos, usta, oczy, szyja, tułów, ręce, dłonie, nogi, stopy) oraz jakość ich wykonania (jakość linii: siła i nacisk, proporcje pomiędzy częściami ciała, powiększenie i pomniejszenie postaci) stanowiły podstawę oceny poziomu nieadekwatności percepcyjnej i zniekształceń w zakresie schematu ciała i poczucia jego granic u badanych kobiet. Analizie poddano także charakter kreski (ciągła, przerywana, gruba, cienka i niewyraźna). Przyjęto, zgodnie z założeniami testu Rysunek Postaci Ludzkiej Goodenough-Harrisa, że linia przerywana, niepołączona, cienka oraz niewyraźna kreska może świadczyć o dysfunkcji w poczuciu granic ciała u badanej osoby [27]. Oceny trafności zaklasyfikowania poszczególnych wskaźników do danych kategorii oraz proporcji pomiędzy częściami ciała na rysunkach dokonało pięciu niezależnych sędziów kompetentnych (psychologów klinicznych) według skali:

0 (nieobecny element, niska, nieprawidłowa wartość), 1 (obecny element, wysoka, prawidłowa wartość); ocena 0,5 oznaczała wartość przeciętną w harmonii proporcji ciała na rysunku.

Otrzymane wyniki badania poddano analizie statystycznej, dokonując kolejno:

- pomiaru mediany, wartości średnich, odchylenia standardowego – w celu zweryfikowania poziomu nasilenia poszczególnych wskaźników struktury ja cielesnego dla grupy 120 badanych kobiet (chorych na zaburzenia odżywiania się, tj. anoreksję, bulimię psychiczną) lub na zaburzenia psychotyczne (tj. schizofrenię);
- pomiaru siły powiązania, tj. pogrupowania podobieństw i różnicowań wewnątrzgrupowych w zakresie poziomu nasilenia i konfiguracji weryfikowanych wskaźników struktury ja cielesnego w całej grupie 120 kobiet. Chciałam sprawdzić, czy w grupie badanej można wyodrębnić powiązane ze sobą aglomeracje – skupienia (typy) konfiguracji cech struktury ja cielesnego. Przedmiot badania dotyczący weryfikacji poziomu nasilenia i konfiguracji cech struktury ja cielesnego nie zakładał hipotez a priori. Będąc w fazie eksploracyjnej badania chciałam poklasyfikować zasób otrzymanych danych. Zastosowałam jako właściwą na tym etapie analizę skupień metodą k-średnich i test F-Fischera.

Wyniki

Analiza otrzymanych danych klinicznych i statystyczna analiza skupień nie wskazywały na istnienie istotnych różnic w populacji 120 badanych kobiet w obszarze takich składowych ja cielesnego, jak: poziom złożoności schematu ciała i adekwatności w odczuwaniu jego granic (doświadczenia oddzielenia własnego ciała od świata zewnętrznego, umożliwiającego postrzeganie siebie jako istoty ucieleśnionej, skończonej i różnej od innych). Wskaźniki tej składowej ja cielesnego oceniane były na podstawie techniki rysunku na temat: „obraz ciała”. Tutaj grupa okazała się jednorodna. Uzyskane dane prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka wyników badania chorych na zaburzenia odżywiania się lub zaburzenia psychotyczne (schizofrenię) kobiet w zakresie schematu ciała i poczucia jego granic (N = 120)

Wskaźniki schematu ciała i poczucia granic ciała (rysunek „obraz ciała”)	Średnia Skupienie 1 (n = 29)	Średnia Skupienie 2 (n = 21)	Średnia Skupienie 3 (n = 29)	Średnia Skupienie 4 (n = 23)	Średnia Skupienie 5 (n = 18)	P Test F-Fischera
Powiększenie – pomniejszenie postaci	0,41	0,67	0,53	0,26	0,72	0,015
Jakość (nacisk) kreski: silna / słaba	0,62	0,67	0,73	0,61	0,78	0,710
Jakość kreski (linia ciągła / przerywana, braki linii na rysunku)	0,66	0,48	0,63	0,65	0,72	0,584
Obecna głowa	1,00	0,90	0,93	0,91	1,00	0,382
Obecne włosy	0,66	0,52	0,63	0,52	0,56	0,809

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Obecne oczy	0,62	0,62	0,53	0,39	0,56	0,511
Obecne usta	0,62	0,67	0,53	0,43	0,56	0,576
Obecny nos	0,48	0,62	0,50	0,39	0,56	0,650
Obecna szyja	0,93	0,67	0,97	0,83	0,89	0,021
Obecny tułów	1,00	0,90	1,00	1,00	0,94	0,132
Obecne ręce	1,00	0,90	1,00	1,00	0,94	0,132
Obecne nogi	1,00	0,95	1,00	1,00	0,94	0,374
Obecne dłonie	0,66	0,29	0,63	0,48	0,50	0,076
Obecne stopy	0,69	0,57	0,67	0,74	0,61	0,801
Proporcje: ręce/tułów	0,34	0,33	0,20	0,30	0,44	0,503
Proporcje: nogi/tułów	0,24	0,19	0,17	0,48	0,17	0,071
Proporcje: głowa/tułów	0,31	0,24	0,17	0,43	0,22	0,262

Legenda:

- 1–0,7 wartości wysokie (wysoki poziom zachowanych proporcji pomiędzy poszczególnymi częściami ciała oraz uszczegółowienia części ciała w rysunku „obraz ciała”, tj. zachowanie na rysunku więcej niż 11 podstawowych elementów ciała, zachowane w pełni proporcje pomiędzy poszczególnymi częściami ciała, zaznaczona wyraźnie i poprawnie rozwojowo linia wokół wszystkich elementów ciała i całej postaci)
- 0,6–0,4 wartości przeciętne (średni tj. w normie, poziom zachowanych proporcji pomiędzy poszczególnymi częściami ciała, umiejscowienie na rysunku obrazu ciała 11 podstawowych elementów ciała, zachowane proporcje pomiędzy poszczególnymi częściami ciała, linia z adekwatnym obrysem kształtu ciała, zaznaczająca prawidłowo poszczególne jego elementy)
- 0,3–0 wartości niskie (niski poziom zachowanych proporcji pomiędzy poszczególnymi częściami ciała oraz uszczegółowienia elementów ciała na rysunku, tj. poniżej 11 podstawowych elementów, brak zachowanych poprawnych proporcji pomiędzy poszczególnymi częściami ciała, linia przerywana, słabo zaznaczona, mało precyzyjnie obrysowująca ciało).

Wyniki formalnej i strukturalnej analizy aspektów rysunku dotyczyły oceny: adekwatności rozmiaru postaci (powiększenie/pomniejszenie postaci, proporcji poszczególnych części ciała względem siebie), liczby zawartych szczegółów w rysunku, jakości kreski (nacisk i ocena ciągłości linii). Jak wskazują dane w tabeli 1, wartości średnie okazały się w miarę jednorodne i generalnie nie wskazały na istnienie istotnych dysfunkcji w zakresie uszczegółowienia obrazu ciała w całej badanej populacji 120 kobiet, niezależnie od typu prezentowanego przez nich zaburzenia psychicznego.

Na rysunkach obrazu ciała u ogółu badanych, niezależnie od podziału na wyodrębnione analizą skupień klastery, nie ujawniono zniekształceń postaci i ich części ciała (pomniejszanie, powiększanie, uszczegółowienie postaci), które by potwierdzały istnienie patologii w schemacie ciała ogółu badanych. Wskazują na to tzw. przeciętne (w normie) wartości średnie (por. tab. 1). Natomiast jedyna istotna statystycznie różnica pomiędzy badanymi w uszczegółowieniu ciała dotyczyła elementu szyi (por. tab. 1). Widać wyraźnie, że – poza wysokimi wynikami w zakresie umiejscowienia na rysunkach dokładnie nóg, rąk, tułowia – szyja stanowi element odtwarzany najpowszechniej i najdokładniej. Jest to element łączący – i jednocześnie rozdzielający – głowę z resztą ciała. Biorąc pod

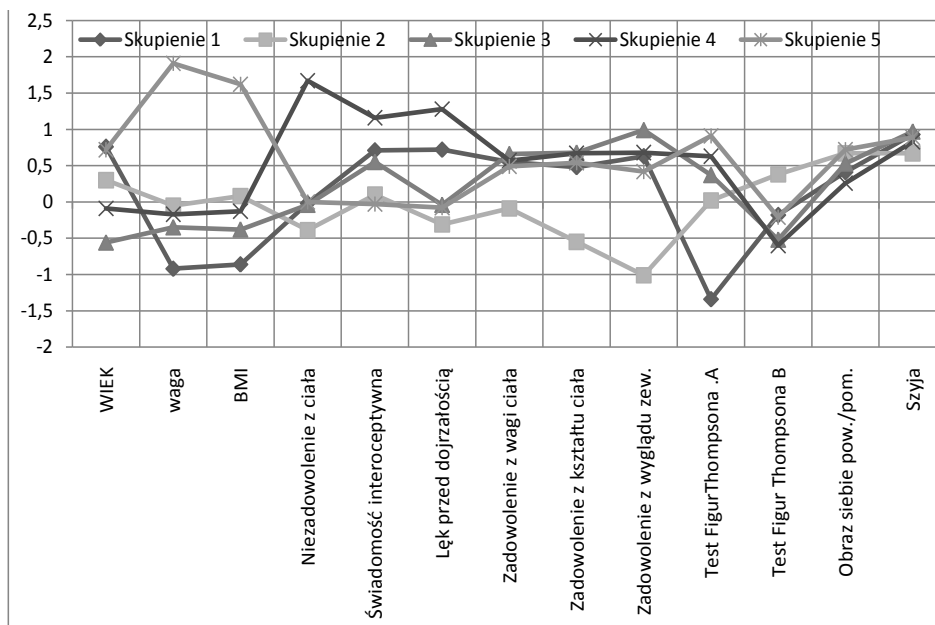
uwagę mechanizmy psychologicznej projekcji oraz znaczenie symbolicznego przekazu w rysunkach, możemy postawić hipotezę, że badane osoby w ten sposób „pokazują” swoje „rozdzielenie” w doświadczaniu umysłu (intelektu) od cielesności. Analiza klasterowa potwierdziła, że najmniejszy, aczkolwiek w granicach przedziału przeciętności, poziom dokładności odtwarzania tego elementu ciała dotyczył badanych klasteru 2 i 4. Badane klasteru 2 to głównie chore na schizofrenię w normie wagowej, natomiast badane klasteru 4 to kobiety chore na anoreksję i bulimię z ujawnianymi dysfunkcjami w całej strukturze ja cielesnego. Rysunki badanych zawierały poprawnie umieszczone podstawowe części ciała (głowa z oczami, ustami, nosem, włosami, tułów z zaznaczonymi wyraźnie obiema rękami z dłońmi i palcami, obie nogi z zaznaczonymi stawami i stopami). Niskie wartości średnie, dotyczące oceny proporcji ciała na rysunkach ogółu badanych potwierdzają, że większość kobiet ujawniła trudności w zachowaniu proporcji szczególnie nóg do tułowia i głowy do tułowia. Interesujące jest, że kierunek tych zakłóceń wiązał się z pomniejszaniem tułowia w stosunku do powiększonych względem nich głów i powiększaniem nóg w stosunku do tułowia, ale ze zwróceniem uwagi na wyraźnie zaznaczone i powiększone uda. Globalnie, badane kobiety często pomijały w swoich rysunkach również brzuch. Wyniki te potwierdzają cytowane już literaturze przedmiotu badania, wskazujące na dyskredytację tych części ciała kobiecego jako zbyt dużych, mało ważnych [14]. Analiza jakości linii (ciągłość, nacisk i precyzja rysowania poszczególnych części ciała) wskazała na obecność wartości zaliczanych do przedziału przeciętności (normy), co wskazuje w całej badanej populacji na brak dysfunkcji rozwojowych w zakresie składowej poczucia granic ciała.

Wyniki badania nie potwierdzają znaczących zaburzeń w schemacie ciała badanych, natomiast wskazują na zniekształcenia w kształtującej się później rozwojowo percepcji ciała. Czy może to sugerować negatywne doświadczanie tych części ciała, które ulegają zniekształceniom poznawczym i emocjonalnej negacji najbardziej (uda, brzuch, biodra, głowa)? Czy badane, cierpiące na zdiagnozowane zaburzenia psychiczne (odżywiania się i psychotyczne), kobiety odczuwają potrzebę zmiany w tym obszarze? W jakim stopniu wynik ten odzwierciedla wpływ czynników socjokulturowych na ich percepcję i emocjonalno-umysłowe (myślenie) doświadczanie wizerunku ciała? Te i inne podobne pytania wymagają dalszej diagnostyki psychologicznej i pogłębienia badań empirycznych w tym kierunku.

Otrzymane wyniki badania pozwoliły na wyodrębnienie, w populacji badanych 120 chorych kobiet, pięciu istotnie różniących się między sobą klasterów, reprezentujących specyficzne konfiguracje składowych struktury ja cielesnego. Na rysunku 1 zaprezentowano ich graficzną ilustrację, pomijając te, które ujawniając jednorodność wskaźników nie zróżnicowały badanej populacji kobiet w zakresie percepcji i doświadczania ich ja cielesnego – rys. 1 *na następnej stronie*.

Charakterystyka wskaźników istotnie różnicujących grupę badaną kobiet (N = 120)

Wyniki badania wskazały na istnienie istotnych zróżnicowań wewnątrzgrupowych u badanej grupy 120 kobiet chorujących na anoreksję, bulimię psychiczną, schizofrenię, w zakresie takich składowych struktury ja cielesnego, jak: poziom globalnej akceptacji i samooceny ciała, poziom zadowolenia z własnego ciała (jakość doświadczanych emocji związanych z ciałem, typu dyskredytacja bądź zadowolenie), charakterystyka



Rys. 1. Graficzna ilustracja wyników badania analizą skupień metodą k-średnich

percepcji obrazu ciała (ja realnego i idealnego), poziom rozpoznawania wrażeń płynących z ciała (ocena świadomości interoceptywnej, tj. poziomu poczucia zakłopotania w rozpoznawaniu i odpowiadaniu na pojawiające się stany emocjonalne oraz wrażenia napływające z ciała), jakość doświadczania funkcji ciała (tj. akceptacji funkcji związanych z rozwojem własnej seksualności, w związku z przejściem do etapu dorosłości i zmianą obrazu ciała, weryfikowanych na podstawie oceny poziomu nasilonego „lęku przed dorosłością”).

Tabela 2. Statystyka opisowa wskaźników BMI, wagi ciała, wieku, testu EDI, Testu Figur Thompsona, oceny zadowolenia/niezadowolenia z ciała wg testu Thompsona (wartości średnie, mediana, odchylenie standardowe) w badanej grupie kobiet – wyniki analizy klastrowej metodą k-średnich dla klastru 1 (N = 29)

Składowe zmiennej: ja cielesne	Średnia	Mediana	Odch. std.
Wiek badanych dla klastru 1	25,10	26,00	2,820
Waga badanych dla klastru 1	48,69	50,00	6,693
Wskaźnik masy ciała BMI dla klastru 1	17,38	17,87	2,322
Skala Niezadowolenie z Ciała – test EDI	15,38	14,00	5,753
Skala Świadomość interoceptywna – test EDI	15,69	16,00	6,365
Skala Lęk przed Dorosłością – test EDI	13,34	13,00	6,320
Poziom zadowolenia z wagi ciała – test Thompsona	8,86	10,00	2,066

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Poziom zadowolenia z kształtu ciała – test Thompsona	8,09	10,00	2,652
Poziom zadowolenia z wyglądu – test Thompsona	8,45	10,00	2,507
Ocena ja realnego (jaka jestem) – Test Figur Thompsona	2,03	2,00	1,267
Ocena ja idealnego (jaka chciałabym być) – Test Figur Thompsona	2,66	3,00	1,317

Analiza zaprezentowanych w tabeli 2 wyników wskazuje na dominację w klasterze 1 kobiet, których średni wiek wynosi 25 lat, a średnia waga mieści się na poziomie 48,69 kg, co daje indeks BMI = 17,38 (w granicach przedziału znaczącej niedowagi). Średnia ta znajduje się poniżej średniej dla ogółu badanej populacji chorych kobiet (57,6). Wiek badanych w tym klasterze jest zbliżony do średniego wieku w całej badanej grupie (23 lata 4 miesiące). W klasterze znalazło się 29 kobiet z diagnozą anoreksji psychicznej (typ restrykcyjny). Otrzymane wartości średnie w zakresie skal kwestionariusza EDI (Niezadowolenie z Ciała, świadomość interoceptywna, Lęk przed Dorosłością), Kwestionariusza Oceny Zadowolenia z Ciała oraz Testu Figur wskazały na wysoki poziom dysfunkcji w zakresie emocjonalnej i poznawczej (w percepcji i myśleniu) negacji ciała przez badane tego klasteru. Ujawnił się tutaj wysoki poziom lęku przed dorosłością i silne pragnienie posiadania wychudzonej sylwetki ciała.

Tabela 3. Statystyka opisowa wskaźników BMI, wagi ciała, wieku, testu EDI, Testu Figur Thompsona, oceny zadowolenia/niezadowolenia z ciała wg testu Thompsona (wartości średnie, mediana, odchylenie standardowe) w badanej grupie kobiet – wyniki analizy klasterowej metodą k-średnich dla klasteru 2 (N = 21)

Składowe zmiennej: ja cielesne	Średnia	Mediana	Odch. std.
Wiek badanych dla klasteru 2	23,60	24,00	3,050
Waga badanych dla klasteru 2	58,30	59,50	8,380
Wskaźnik masy ciała BMI dla klasteru 2	21,27	21,27	2,572
Skala Niezadowolenie z Ciała – test EDI	12,30	13,00	6,783
Skala Świadomość interoceptywna – test EDI	11,45	12,00	6,786
Skala Lęk przed Dorosłością – test EDI	7,45	8,00	4,058
Poziom zadowolenia z wagi ciała – test Thompsona	6,66	9,00	4,029
Poziom zadowolenia z kształtu ciała – test Thompsona	4,35	5,00	3,824
Poziom zadowolenia z wyglądu – test Thompsona	1,87	0,00	2,633
Ocena ja realnego (jaka jestem) – Test Figur Thompsona	4,85	5,00	1,954
Ocena ja idealnego (jaka chciałabym być) – Test Figur Thompsona	3,25	3,00	0,967

Analiza wyników zawartych tabeli 3 wskazuje, że klaster ten tworzą w dominującej części kobiety z diagnozą schizofrenii (15 osób) oraz bulimii (6 osób). Ich średni wiek wynosi 23 lata i 6 miesięcy, natomiast średnia waga ciała (58,30) i wartość BMI (21,27) mieszczą się w dolnych granicach przedziału normy rozwojowej dla wieku.

Wszystkie te wartości są zbliżone do tożsamyh średnich, uzyskanych przez kobiety całej badanej populacji. Otrzymane wartości średnie w zakresie skal kwestionariusza EDI (Niezadowolenie z Ciała, świadomość interoceptywna, Lęk przed Dorosłością), Kwestionariusza Oceny Zadowolenia z Ciała oraz Testu Figur wskazały na brak dysfunkcji w zakresie wszystkich weryfikowanych składowych ja cielesnego. Badane ujawniają tendencję do bycia szczuplejszymi niż są realnie.

Tabela 4. Statystyka opisowa wskaźników BMI, wagi ciała, wieku, testu EDI, Testu Figur Thompsona, oceny zadowolenia/niezadowolenia z ciała wg testu Thompsona (wartości średnie, mediana, odchylenie standardowe) w badanej grupie kobiet – wyniki analizy klasterowej metodą k-średnich dla klasteru 3 (N = 29)

Składowe zmiennej: ja cielesne	Średnia	Mediana	Odch. std.
Wiek badanych dla klasteru 3	21,18	20,50	2,639
Waga badanych dla klasteru 3	54,54	55,00	5,385
Wskaźnik masy ciała BMI dla klasteru 3	19,38	19,69	1,981
Skala Niezadowolenie z Ciała – test EDI	15,71	16,00	5,449
Skala Świadomość interoceptywna – test EDI	14,43	14,00	5,692
Skala Lęk przed Dorosłością – test EDI	8,89	8,50	4,597
Poziom zadowolenia z wagi ciała – test Thompsona	9,22	10,00	2,526
Poziom zadowolenia z kształtu ciała – test Thompsona	8,80	10,00	2,519
Poziom zadowolenia z wyglądu – test Thompsona	9,89	10,00	0,530
Ocena ja realnego (jaka jestem) – Test Figur Thompsona	5,54	5,00	1,575
Ocena ja idealnego (jaka chciałabym być) – Test Figur Thompsona	2,29	2,00	0,713

Klaster ten tworzyło 29 kobiet. Były to jednocześnie najmłodsze kobiety wśród wszystkich 120 badanych. Ich średni wiek wynosił 21 lat i był istotnie niższy od średniej ogółu badanej populacji, w której wynosił 23,4 roku. Średnia waga ciała w badanym klasterze wynosiła 54,5 kg (dla badanej populacji średnia = 57,6), a wskaźnik BMI = 19,38 (dolna granica przedziału normy); dla badanej populacji średnia BMI = 20,5. Wyniki te znajdują się poniżej wartości średnich dla całej populacji badanych kobiet. W klasterze 3 znalazły się 24 kobiety z diagnozą bulimii i 5 kobiet z diagnozą schizofrenii. Otrzymane tzw. przeciętne (w normie) wartości średnie w zakresie skal kwestionariusza EDI (Niezadowolenie z Ciała, świadomość interoceptywna, Lęk przed Dorosłością), Kwestionariusza Oceny Zadowolenia z Ciała oraz Testu Figur wskazały brak znaczących dysfunkcji w zakresie wszystkich weryfikowanych składowych ja cielesnego. Tabela 5 – *na następnej stronie*.

Klaster 4 utworzyły 23 kobiety (11 kobiet z diagnozą anoreksji, 10 kobiet z diagnozą bulimii i 2 kobiety z diagnozą schizofrenii). Podobnie jak badane klasteru 3, były to osoby młode, których średnia wieku wynosiła 22 lata (dla badanej populacji średnia = 23,4), średnia waga ciała równa była 56 kg (dla badanej populacji średnia = 57,6, a wskaźnik BMI wyniósł 20,32 (dla badanej populacji średnia = 20,5). Są to

Tabela 5. Statystyka opisowa wskaźników BMI, wagi ciała, wieku, testu EDI, Testu Figur Thompsona, oceny zadowolenia/niezadowolenia z ciała wg testu Thompsona (wartości średnie, mediana, odchylenie standardowe) w badanej grupie kobiet – wyniki analizy klasterowej metodą k-średnich dla klasteru 4 (N = 23)

Składowe zmiennej: ja cielesne	Średnia	Mediana	Odch. std.
Wiek badanych dla klasteru 4	22,61	23,00	2,658
Waga badanych dla klasteru 4	56,52	56,00	8,511
Wskaźnik masy ciała BMI dla klasteru 4	20,32	19,00	3,478
Skala Niezadowolenie z Ciała – test EDI	32,00	33,00	6,599
Skala Świadomość interoceptywna – test EDI	19,13	19,00	5,699
Skala Lęk przed Dorosłością – test EDI	16,78	16,00	5,231
Poziom zadowolenia z wagi ciała – test Thompsona	8,94	10,00	2,526
Poziom zadowolenia z kształtu ciała – test Thompsona	8,86	9,20	1,242
Poziom zadowolenia z wyglądu – test Thompsona	8,62	9,30	1,696
Ocena ja realnego (jaka jestem) – Test Figur Thompsona	6,00	6,00	1,508
Ocena ja idealnego (jaka chciałabym być) – Test Figur Thompsona	2,17	2,00	0,937

zatem kobiety najmłodsze w całej badanej populacji, ale jeśli chodzi o średnią wagę i wskaźnik BMI – podobne do pozostałych kobiet. Wartości średnie w zakresie skal kwestionariusza EDI oraz testów Thompsona potwierdzają wysokie nasilenie tendencji do dewaluacji ciała, zarówno w zakresie emocjonalnym, jak i poznawczym.

Tabela 6. Statystyka opisowa wskaźników BMI, wagi ciała, wieku, testu EDI, Testu Figur Thompsona, oceny zadowolenia/niezadowolenia z ciała wg testu Thompsona (wartości średnie, mediana, odchylenie standardowe) w badanej grupie kobiet – wyniki analizy klasterowej metodą k-średnich dla klasteru 5 (N = 18)

Składowe zmiennej: ja cielesne	Średnia	Mediana	Odch. std.
Wiek badanych dla klasteru 5	24,76	25,00	2,86
Waga badanych dla klasteru 5	74,86	75,00	14,13
Wskaźnik masy ciała BMI dla klasteru 5	26,04	26,00	6,16
Skala Niezadowolenie z Ciała – test EDI	14,10	12,00	9,37
Skala Świadomość interoceptywna – test EDI	9,90	7,00	7,60
Skala Lęk przed Dorosłością – test EDI	8,33	10,00	3,65
Poziom zadowolenia z wagi ciała – test Thompsona	8,10	10,00	2,526
Poziom zadowolenia z kształtu ciała – test Thompsona	8,33	10,00	3,651
Poziom zadowolenia z wyglądu – test Thompsona	7,44	10,00	4,04
Ocena ja realnego (jaka jestem) – Test Figur Thompsona	6,19	6,00	1,86
Ocena ja idealnego (jaka chciałabym być) – Test Figur Thompsona	2,62	3,00	1,86

W klasterze 5 znalazło się 15 kobiet z diagnozą schizofrenii i 3 kobiety z bulimią. Charakteryzowały się one średnią wagą ciała, na poziomie równym 74,86 kg przy wskaźniku masy ciała BMI = 26,06, co wskazywało na nadwagę. Średni wiek kobiet wynosił 24 lata i 7 miesięcy. Otrzymana wartość średnia potwierdza niski poziom świadomości interoceptywnej u badanych kobiet, ujawnioną przez nie emocjonalną negację ciała (wysoki poziom uczucia niezadowolenia z ciała), przeciętne (w granicach normy) nasilenie ujawnianych „lęków przed dorosłością”, tj. związanych z rozwojowym procesem separacji i indywidualacji. Jednocześnie zachowały one prawidłowy poziom percepcji realnego wizerunku ciała i zarazem silne pragnienie posiadania idealnej, tj. wychudzonej sylwetki.

Wnioski

Przeprowadzona statystyczna i kliniczna analiza otrzymanych wyników badania pozwoliła na wyodrębnienie u 120 badanych kobiet pięciu specyficznych, różniących się między sobą, typów konstelacji cech struktury ja cielesnego. Oto ich krótki psychologiczny opis.

1. Typ anorektyczny – lękowy – jednorodny (klaster 1) – w pełni reprezentowany przez kobiety z diagnozą anoreksji restrykcyjnej. Do tego typu należało 29 kobiet, których średni wiek wynosił 25 lat, a średnia waga mieściła się na poziomie 48,69 kg (BMI = 17,38, tj. w granicach przedziału znaczącej niedowagi). Badane ujawniły wysoki poziom dysfunkcji w zakresie wszystkich weryfikowanych cech struktury ja cielesnego. Dysfunkcje te obejmowały: globalną negację ciała w zakresie emocjonalnym (wysoki poziom niezadowolenia z własnego ciała), poznawczym (niską samoocenę ciała, wysoką rozbieżność pomiędzy oceną ja realnego i idealnego oraz niski poziom świadomości interoceptywnej własnego ciała (tj. niską zdolność do radzenia sobie z rozpoznawaniem i odpowiedzią na pojawiające się stany emocjonalne i wrażenia płynące z ciała). Anorektyczne kobiety tego klasteru nie dopuszczają do świadomości emocji związanych ze swoim ciałem – zamiast przeżywać emocje wobec ciała badane intelektualizują (opracowują myślowo), jakie jest ich ciało. W psychologicznym profilu cech dominował u nich wysoki poziom lęku przed dorosłością, co potwierdza obecność patologicznego nasilenia lęków separacyjnych i trudności rozwojowych w prawidłowym przebiegu procesu separacji i indywidualacji, mimo że okres ten rozwojowo powinien być zakończony. Klaster ten tworzyły chore na anoreksję kobiety, które nie podjęły jeszcze w swoim życiu czynnych ról zawodowych (pracownika) i rodzinnych (matki, żony, narzeczonej, stałej partnerki). Żadna z nich nie była w związku małżeńskim, nie była zaręczona, nie planowała ślubu, ani też innego dłuższej trwającego związku. Dominowały związki krótkotrwałe, tj. od 1 do 6 miesięcy, albo ich całkowity brak. Czyżby był to typ badanych, które „nie wyrażają zgody na separację”? Czyli ujawnia się u nich brak ukształtowanej psychologicznej tożsamości nieadekwatnie do wieku biologicznego? Wyniki badania mogą też odzwierciedlać opisywane w literaturze przedmiotu dominujące we współczesnym świecie zjawisko tzw. „lęku przed małżeństwem” [Willi].

2. Typ mieszany – powinnościowy (klaster 2) – charakteryzował 21 badanych kobiet. Były to w dominującej części osoby z diagnozą schizofrenii (15 osób) i bulimii (6 osób) o średniej wieku 23 lat i 6 miesięcy, średniej wadze ciała równej 58,30 kg i wartości BMI mieszczącej się na poziomie 21,27, tj. w dolnych granicach przedziału normy rozwojowej dla wieku. W psychologicznej konfiguracji struktury ja cielesnego dominowały: prawidłowy obraz ciała, emocjonalna akceptacja i zadowolenie z ciała, przeciętny (w normie) poziom świadomości interoceptywnej, umożliwiający prawidłowy odbiór płynących z ciała wrażeń. Kobiety te adekwatnie do wieku i rozwoju dopuszczały do świadomości negatywne i pozytywne emocje związane ze swoim ciałem, nie poddając go dyskredytującej intelektualnej ocenie. Ponadto nie ujawniły one nadmiernie (patologicznie) nasilonych lęków przed dorosłością i dojrzewaniem psychoseksualnym, które mogłyby blokować rozwojowe tendencje do separacji i indywidualności. Analiza wskaźników demograficznych tego klasteru ujawniła, że dominowały tutaj kobiety, które nie pracowały zawodowo, większość z nich pozostawała pod opieką rodziny. Czy w związku z przewlekłą chorobą i jej leczeniem kobiety te otoczone są nadmierną, blokującą separację opieką rodzicielską? Wyniki badania potwierdzają, że jakość uczuć i myśli związanych z ciałem u kobiet tego klasteru pozostawała pod znaczącym wpływem oceny socjokulturowej („jaka powinnam i chciałabym być”). Postrzegały one adekwatnie (realnie) obraz swojego ciała, ale pragnęły być zdecydowanie chudsze (jaka powinnam być, aby uzyskać sukces, nie przegrać rywalizacji itp.). Badane najczęściej wybierały w Teście Figur Thompsona postacie chudsze od siebie. Nie ujawniły one jednak emocjonalnych i poznawczych dysfunkcji w zakresie struktury ja cielesnego. Wyniki badania potwierdzałyby wpływ czynników kulturowych na wizerunek ciała u kobiet tego klasteru.

3. Typ adolescencyjny – bulimiczny (klaster 3) – charakteryzował 29 kobiet (24 z diagnozą bulimii psychicznej o średniej wieku 21 lat i 2 miesięcy, średniej wadze ciała 54,5 kg, wskaźniku BMI równym 19,38 (dolna granica przedziału normy). Charakterystyka konfiguracji poziomu nasilenia cech struktury ja cielesnego wskazała na brak znaczących dysfunkcji w zakresie wszystkich składowych ja cielesnego. Badane kobiety uzyskały adekwatny (przeciętny) poziom akceptacji swojego ciała, zadowolenia z wagi ciała, jego kształtu i wyglądu, stwierdzono u nich brak nadmiernego (nieprawidłowego) nasilenia negatywnych emocji związanych z ciałem. Ponadto ujawniły prawidłowy poziom świadomości interoceptywnej, co pozwala im na dopuszczanie do świadomości emocji związanych z ciałem i adekwatny odbiór dopływających bodźców. Kobiety te przeżywają emocje związane ze swoim ciałem wprost, nie dokonując „myślowego opracowywania”, jakie ono jest. Realny obraz ciała okazał się adekwatny do normy, ale pragnienie posiadania idealnej sylwetki, zdecydowanie chudszej, również u nich pozostało. Proces „chorobowego myślenia” i zniekształceń poznawczych, dotyczących znaczenia szczupłego wyglądu w życiu nadal istnieje i wymaga dalszej psychologicznej zmiany.

4. Typ adolescencyjny mieszany – anorektyczno-bulimiczny (klaster 4) – charakteryzował 23 kobiety (11 z diagnozą anoreksji i bulimii psychicznej o średniej wieku 22 lat i 6 miesięcy, średniej wadze ciała = 56 kg i BMI = 20,32). Charakterystyka konfiguracji

poziomu nasilenia cech struktury ja cielesnego tego klasteru wskazała na dominację dysfunkcji we wszystkich jego składowych. Badane ujawniły wysoki poziom negacji ciała w zakresie emocjonalnym (globalnie nasilone niezadowolenie z własnego ciała), poznawczym (niska samoocena ciała), niski (nieprawidłowy) poziom świadomości interoceptywnej własnego ciała, znaczącą rozbieżność pomiędzy oceną ja realnego i idealnego oraz dominację tendencji do wyidealizowanych pragnień posiadania ciała nieadekwatnie wychudzonego w stosunku do norm rozwojowych. Dominowały tutaj kobiety doświadczające nasilonego lęku separacyjnego, niepokoju związanego z dojrzewaniem psychoseksualnym i jednocześnie globalnie (poznawczo i emocjonalnie) dewaluujące swoje ciało. Na uwagę zasługuje fakt, że badane tego klasteru uzyskały jednocześnie średnią wagę i BMI na poziomie normy dla wieku. Poddawały się one procedurze medycznej, tj. utrzymywały wagę ciała na poziomie zgodnym z leczniczym kontraktem. Czy może to oznaczać, że w myśleniu i przeżywaniu nadal podtrzymują cechy anorektyczności i wymagają intensywnej, wieloaspektowej psychoterapii?

5. Typ schizofreniczny jednorodny (klaster 5) – charakteryzował 18 kobiet o średniej wieku 24 lat i 7 miesięcy chorujących na schizofrenię, mających nadwagę (średnia waga ciała na poziomie równym 74,86 kg przy wskaźniku masy ciała BMI = 26,06). Charakterystyka kliniczna tej grupy wskazuje na dominację u nich dysfunkcji struktury ja cielesnego w zakresie: doświadczania wrażeń płynących z własnego ciała (niski poziom świadomości interoceptywnej) i emocjonalną negację ciała (wysoki poziom uczucia niezadowolenia z ciała). Ponadto kobiety te ujawniły przeciętne (w granicach normy) nasilenie lęków, związanych z rozwojowym procesem separacji i indywidualizacji. Jednocześnie ujawniły nasilone pragnienia totalnej zmiany w obrazie ciała i własnego wizerunku w kierunku pragnienia posiadania ciała wychudzonego. Są niezadowolone, zdecydowanie dyskredytują swój wygląd. W zakresie oceny obrazu ciała, tj. ja realnego i idealnego (Test Figur Thompsona) badane ujawniły prawidłową percepcję swojego wizerunku ciała (ja realne na poziomie 6,1), co oznacza, że widzą realnie „swoje grubsze” ciało (mają realnie nadwagę). Natomiast zdecydowanie pragnęłyby być chudsze, co potwierdza średnia wartość w teście Thompsona. Zaistniała rozbieżność może wskazywać na socjokulturowo uwarunkowane „potrzeby bycia szczuplejszą” jako warunku sukcesu w życiu. Uświadomiona potrzeba bycia „szczuplejszą” może oznaczać bycie podobną do innych i wspierać poszukiwanie akceptacji społecznej, szczególnie w fazie remisji choroby.

Podjęta przeze mnie próba statystycznie udokumentowanego pomiaru nasilenia i konfiguracji cech struktury ja cielesnego stanowi eksploracyjny etap moich badań nad psychologiczną diagnozą tego obszaru. Zaprezentowana typologia konfiguracji ja cielesnego może stanowić udokumentowane empirycznie źródło wiedzy, wspierające efektywność procesu leczenia tej grupy chorych kobiet. Badania te na pewno wymagają kontynuacji i pogłębienia w kierunku poszerzenia grupy badanej z uwzględnieniem innych kategorii zaburzeń, w których wizerunek ciała może mieć istotny wpływ na psychologiczne i społeczne funkcjonowanie chorej osoby. Zaliczyć tutaj można psychogenne objadania się. Proces leczenia, w którym uwzględni się również psychologiczną diagnozę i terapię tego tematu, może zyskać na skuteczności.

**Психологический профиль черт Я телесного у молодых польских женщин
– сравнительный анализ структуры Я телесного у женщин, страдающих
нарушениями питания и психотическими болезнями**

Содержание

Задание. Заданием работы была проба представления психологического дифференциального диагноза конфигурации структуры Я телесного, в избранной группе 126 молодых польских женщин, больных психической анорексией и булимией и шизофренными психозами.

Материал и методы. В исследованиях использован как метод глоссарий, т.е. Глоссарий нарушений питания ЭДИ Д. Гарнера, Глоссарий оценки удовлетворения своим телом Т. Томпсона, а также проекционный метод (т.е. тест фигур Томпсона, рисунок на тему „картина тела“). В исследование вошло 120 женщин в возрасте 20–26 лет.

Результаты. Статистический анализ результатов (анализ сборов методом к – средних) показал существование в исследованной группе популяции пяти главных кластеров/типов) женщин, проявляющими разнородную констеляцию Я телесного. Это исследование позволило на констракцию психологического профиля черт таких типов.

Выводы. Конструкция профилей конфигурации составляющих структуру Я телесного, может дифференцировать и обусловить психологический процесс диагноза и психологической терапии этой группы больных женщин.

**Psychologisches Profil der Eigenschaften von körperlichem Ich bei jungen polnischen
Frauen – Vergleichsanalyse der Struktur vom körperlichen Ich bei Frauen mit Essstörungen
und psychotischen Störungen**

Zusammenfassung

Ziel. Versuch, die psychologische Differenzialdiagnose der Struktur vom körperlichen Ich bei der ausgewählten Gruppe von 120 jungen polnischen Frauen zu erstellen, die an Essstörungen (Anorexia nervosa oder Bulimie) und schizophrene Psychosen krank sind.

Material und Methoden. In der Studie wurden der Fragebogen, dh. Eating Disorder Inventory von D. Garner, Fragebogen zur Bewertung der Zufriedenheit mit dem Körper von T. Thompson und die projektive Methode (dh. Figuren-Test von Thompson, thematische Zeichnung „Bild des Körpers“) eingesetzt. An der Studie nahmen 120 Frauen im Alter von 20–26 Jahren teil.

Ergebnisse. Die statistische Analyse der Ergebnisse (Clusteranalyse mit k-means-Algorithmus) erwies, dass es in der untersuchten Population 5 Cluster (Typen) der Frauen gibt, die eine differente Konstellation des körperlichen Ichs zeigten. Dadurch konnte das psychologische Profil der Eigenschaften dieser Typen erstellt werden.

Schlussfolgerungen. Die Erstellung von Profilen der Struktur des körperlichen Ichs kann den psychologischen Prozess der Diagnosestellung und der psychologischen Therapie dieser Gruppe der Kranken unterscheiden.

**Le profil psychologique de l'image du corps des jeunes femmes polonaises – analyse
comparative des structures de l'image du corps des femmes souffrant des troubles
psychotiques et des troubles des conduites alimentaires**

Résumé

Objectif. Présenter les différences du profil psychologique de l'image du corps des jeunes femmes polonaises (120 femmes) souffrant des troubles psychotiques et des troubles des conduites alimentaires (anorexie et boulimie).

Matériel et Méthodes. On examine 120 jeunes femmes (20-26 ans) avec les questionnaires suivants : Eating Disorder Inventory EDI D. Garner, Satisfaction of Body Questionnaire T. Thomson and projection methods Thompson's Figures Test, test « body image ».

Résultats. L'analyse statistique (focussing analysis) indique qu'il y a cinq types (clusters) des femmes avec les images du corps variées et basant sur ces résultats on définit les traits du profil psychologique de ces types.

Conclusions. La préparation de ces structures de l'image du corps peut aider à différencier et faciliter le diagnostic et la thérapie psychologique des femmes souffrant des troubles en question.

Piśmiennictwo

1. Grogan S. *Body image. Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. London, New York: Routledge. Taylor and Francis Group; 2008.
2. Cash TF, Pruzinsky T. *Body image. A Handbook of theory, research and clinical practise*. New York, London: The Guilford Press; 2004.
3. Thompson JK. *Handboock of disorders and obesity*. New Jersey: John Wiley/Sons, Inc; 2004.
4. Thompson JK, Altabe MN. *Psychometric qualities of the figure rating scale*. Int. J. Eat. Disord. 1991; 5: 615–619.
5. Kruger DW. *Psychodynamic perspective on body image*. W: Cash TF, Pruzinsky T, red. *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York, London: The Guilford Press; 2004, s. 30–37.
6. Krueger DW. *Integrating body self and psychological self. Creating a new story in psychoanalysis and psychotherapy*. New York, London: Bruner-Routledge; 2002.
7. Thompson JK, red. *Exacting beauty. Theory, assessment and treatment of body image disturbance*. Washington, D.C: American Psychology Association; 1999.
8. Garner D. EDI-3. *Eating disorders inventory-3*. Psychol. Assessm. Resour. Inc. USA; 2004.
9. Smolak L. *Body image development in children*. W: Cash TF, Pruzinsky T, red. *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York, London: The Guilford Press; 2002, s. 65–73.
10. Żechowski C. *Polska wersja Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania (EDI) – adaptacja i normalizacja*. Psychiatr. Pol. 2008; 2: 179–193.
11. Schier K. *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009.
12. Schier K, red. *Zapisane w ciele: związek ciało – psychika u dzieci i rodziców*. Zeszyty Sekcji Psychologii Klinicznej Dziecka Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa: Wydawnictwo EMU; 2009.
13. Dunajska A, Rabe-Jabłońska J. *Ewolucja poglądów na temat zaburzeń obrazu ciała w jadłowstręcie psychicznym*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2004; 4, 2: 95–103.
14. Rabe-Jabłońska J, Dunajska A. *Poglądy na temat znaczenia zniekształconego obrazu ciała dla powstawania i przebiegu zaburzeń odżywiania*. Psychiatr. Pol. 1997; 6: 723–738.
15. Mirucka B. *Poszukiwanie znaczenia cielesności i Ja cielesnego*. Przegl. Psychol. 2003; 2: 209–223.
16. Mirucka B. *Ja cielesne fundamentem osobowości*. Pol. For. Psychol. 2003; 8: 30–40.
17. Mandal E. *Ciało jako proces – ciało jako obiekt. Obraz ciała u studentów Akademii Wychowania Fizycznego i studentów kierunków uniwersyteckich*. Czas. Psychol. 2004; 10 (1): 35–47.
18. Mandal E, Bąk-Sosnowska M, Zahorska-Markiewicz B. *„Ja” otyłe i „ja” szczupłe – dwoistość ja cielesnego u kobiet z nadwagą*. W: Gawor A, Głębocka A, red. *Jakość życia współczesnego człowieka. Wybrane problemy*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2008, s. 37–48.
19. Melosik Z. *Tożsamość, ciało, władza. Teksty kulturowe jako (kon)teksty pedagogiczne*. Wydział Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; 1996: 139–171.

20. Fenczyn J, Woźniak M. *Akceptacja własnego ciała przez osoby w wieku 15–16 i 23–24 lat.* Psychiatr. Psychol. Klin. 2004; 4 (1): 20–33.
21. Brytek-Matera A. *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym.* Warszawa: Difin; 2008.
22. Brytek-Matera A. *Wizerunek ciała w oparciu o teorię rozbieżności ja Higginsa. Postrzeganie własnego wyglądu przez adolescentów.* W: Masztalski T, Waclawik G, red. *Adolescencja. Szanse i zagrożenia.* Czeladź: Horyń Druk; 2008: 37–44.
23. Pawłowska B, Chuchra M, Masiak M. *Obraz siebie a obraz innych w percepcji pacjentek chorych na jądłowstręt psychiczny.* Psychiatr. Pol. 2004; 6: 1019–1030.
24. Chrząstowski Sz. *Zmiany sposobu odczuwania własnego ciała w schizofrenii.* Now. Psychol. 1998; 4: 5–16.
25. Chrząstowski Sz. *Sposób odczuwania własnego ciała przez osoby z rozpoznaniem schizofrenii, depresji i zaburzeń osobowości.* Psychoter. 2003; 1: 5–17.
26. Zarek A. *Zmiany obrazu ciała w wyniku choroby i interwencji medycznych.* Psychoter. 2004; 1: 31–42.
27. Hornowska E, Paluchowski WJ. *Rysunek postaci ludzkiej według Goodenough-Harrisa.* Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; 1987.
28. Oster GD, Gould P. *Rysunek w psychoterapii.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
29. Izydorczyk B, Bieńkowska N. *Obraz ja cielesnego – wybrane teoretyczne wątki rozumienia psychologicznych mechanizmów zjawiska.* Cz. II. Prob. Med. Rodz. 2009; 1, 26: 59–62.

Adres: Bernadetta Izydorczyk
Zakład Psychologii
Klinicznej i Sądowej
ul. Grażyńskiego 53
40-126 Katowice

Otrzymano: 5.10.2010
Zrecenzowano: 28.03.2011
Otrzymano po poprawie: 1.04.2011
Przyjęto do druku: 9.05.2011