



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

Title: Kształtowanie pozytywnego wizerunku ciała jako element profilaktyki zaburzeń zdrowia somatycznego i psychospołecznego

Author: Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz

Citation style: Borzucka-Sitkiewicz Katarzyna. (2013). Kształtowanie pozytywnego wizerunku ciała jako element profilaktyki zaburzeń zdrowia somatycznego i psychospołecznego. W: K. Borzucka-Sitkiewicz, K. Kowalczywska-Grabowska (red.), "Profilaktyka wybranych problemów zdrowotnych : (w wymiarze edukacyjnym)" (S. 55-78). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Kształtowanie pozytywnego wizerunku ciała jako element profilaktyki zaburzeń zdrowia somatycznego i psychospołecznego

Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz

Wizerunek ciała – definiowanie pojęcia

Zgodnie z definicją Paula Schildera¹, wizerunek ciała to obraz własnego ciała, który tworzymy w naszych umysłach, a także to, jak nasze ciało wygląda dla nas samych. Innymi słowy: to wyobrażenie, jakie dana osoba ma o swoim ciele, kształtowane pod wpływem czynników interpersonalnych, środowiskowych i temporalnych (czasowych). Na wizerunek własnego ciała składają się trzy komponenty: poznawczy, emocjonalny i behawioralny. Element poznawczy obejmuje myśli i przekonania dotyczące ciała, element emocjonalny stanowi uczucia związane z własnym ciałem, element behawioralny zaś to zachowania względem ciała jako całości oraz poszczególnych jego części. Wymienione czynniki odgrywają znaczącą rolę w kształtowaniu się oceny wizerunku ciała, która obejmować może szerokie spectrum postaw: od zadowolenia po brak satysfakcji z wizerunku swojego ciała, czy wręcz zniekształcenia w postrzeganiu własnego wyglądu (dysmorfofobia). Tymczasem zarówno zniekształcenia w percepcji własnego ciała, jak i negatywny stosunek do niego mogą obniżać samoocenę, negatywnie wpływać na relacje interpersonalne oraz indukować wiele mniej lub bardziej niebezpiecznych problemów zdrowotnych (samouszkodzenia, zaburzenia odżywiania i inne). Dzieje się tak, gdy jednostka zaakceptuje schemat kulturowy, w którym cieles-

¹ P. SCHIDLER: *The image and appearance of human body*. New York: International University Press, 1950; cyt. za: A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin, 2008, s. 11.

ność i atrakcyjność fizyczna są niezbędne dla osiągnięcia szczęścia i sukcesu życiowego, a tym samym ocena własnej wartości jest utożsamiana z oceną własnej fizyczności. W ten sposób wygląd zewnętrzny staje się podstawą budowania samooceny, a wartość siebie uzależniana jest od ideałów społeczno-kulturowych².

Spółeczno-kulturowe determinanty wizerunku ciała oraz konsekwencje zakłóceń tego wizerunku

Wizerunek ciała kształtuje się w wyniku interakcji indywidualnych właściwości intrapsychicznych i osobowościowych jednostki oraz wpływów społecznych, przy czym determinanty środowiskowe są w tym procesie obecne praktycznie od momentu przyjścia dziecka na świat. Pierwszymi ważnymi wyrazicielami wpływów socjalizacyjnych są rodzice, którzy mają określone wyobrażenia na temat tego, jakiej płci dziecko chcieliby mieć i jak miałyby ono wyglądać. Kiedy noworodek przychodzi na świat, rodzice z większym prawdopodobieństwem będą zaspokajać jego potrzeby emocjonalne i dostarczać mu pozytywnych uczuć będących podstawą kształtowania się pozytywnego wizerunku ciała, jeśli zaistnieje wystarczająco duże podobieństwo między ich oczekiwaniami a rzeczywistym wyglądem dziecka. Wyobrażenia rodziców dotyczące dziecka podtrzymywane są w następnych latach jego życia i znajdują wyraz w określonych postawach rodzicielskich, komentarzach i zachowaniach, w dalszym stopniu determinując sposób, w jaki ich córka/syn postrzega swoje ciało³. Podkreśla się, że dzisiejsze młode kobiety są pierwszym pokoleniem wychowywanym przez matki, które często odrzucają swoje ciało, a tym samym zbyt intensywnie koncentrują się na rozmiarach, kształcie i wyglądzie ciała swoich córek. Te z kolei, konfrontując się z krytycznymi opiniami matek, mają bardziej negatywny stosunek do swojego ciała, częściej stosują rygorystyczne diety i częściej chorują na

² A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie...*, s. 12–20.

³ Ibidem, s. 20–21.

bulimię. Ponadto dowiedziono, że nadmierna koncentracja obojga rodziców na jedzeniu we wczesnym okresie życia dziecka jest istotnym czynnikiem ryzyka występowania w późniejszych etapach rozwojowych zaburzeń odżywiania oraz uzależnień. Nie bez znaczenia dla kształtowania się wizerunku ciała dziewcząt jest także relacja z ojcem. Jak wykazano w literaturze przedmiotu, przekonania ojca na temat „idealnej” kobiecej sylwetki, postawy ojca wobec wyglądu fizycznego córki oraz reakcje i komentarze dotyczące zmieniającej się w trakcie dojrzewania fizyczności dziewczyny mają istotny wpływ zarówno na kształtowanie się schematu ciała, jak i na rozwój jego wizerunku⁴.

Dla powstawania wizerunku własnego ciała ważne są nie tylko wpływy rodzinne, lecz także obowiązujące w społeczeństwie standardy piękna rozpowszechniane w środkach masowego przekazu. Ze względu na swoją wszechobecność media są silnym nośnikiem socjokulturowego ideału szczupłości wśród kobiet i umięśnionej sylwetki wśród mężczyzn. Co więcej, oferują wyraźne wskazówki, jak osiągnąć promowany w mediach ideał piękna; rozpowszechniają przy tym wiele sprzecznych z sobą informacji (treści dotyczące diety i modelujących ćwiczeń fizycznych zestawione są z reklamami wysokokalorycznych produktów). Dowodzi to, że środki masowego przekazu w dużej mierze przyczyniają się do obserwowanego obecnie wysokiego niezadowolenia jednostek z własnego ciała oraz powstawania zaburzeń odżywiania, zwłaszcza u kobiet⁵. Dzieje się tak, gdyż wielokrotna ekspozycja szczupłej sylwetki sprawia, że człowiek internalizuje obowiązujące ideały, a w wyniku konfrontacji własnej fizyczności z promowanym wyglądem zaczyna przejawiać chęć posiadania „wymarzonego” ciała. Chęć ta popycha go do podejmowania różnego typu działań, które niejednokrotnie nie służą zdrowiu, prowadzi także do rozwoju przekonania, że aby podnieść samoocenę, należy inwestować we własny wygląd. W ten sposób posiadanie smukłego ciała staje się częścią przekazu kulturowego wiążącego szczupłość i atrakcyjność ze szczęściem i z dobrą pozycją społeczną. Na przekazy te szczególnie wrażliwe są osoby mające

⁴ A. KEARNEY-COOKE: *Familial influences on body image development*. In: *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. Eds. T.F. CASH, T. PRUZINSKY. New York: Guilford Press, 2002, s. 99–107.

⁵ M. TIGGEMANN: *Media influences on body image development*. In: *Body image...*, s. 91–98.

określone zmienne osobowościowe, takie jak: niska samoocena, tendencja do zniekształceń percepcyjnych czy wysoki poziom lęku⁶.

Treści prezentowane przez media są szczególnie niebezpieczne dla młodych, dorastających dziewcząt, ponieważ głównie do nich adresowane są przekazy gloryfikujące szczupłość. Jak wykazano w badaniach, dziewczęta w wieku 13–14 lat, w porównaniu z grupą dziewcząt w wieku 9–10 lat, częściej porównują się do szczupłych modelek, natomiast osoby w wieku 10–25 lat mające niską samoocenę i negatywny obraz swojego ciała są szczególnie zainteresowane reklamami, w których występują szczupłe i atrakcyjne modelki. Tymczasem zgodnie z danymi biomedycznymi i antropologicznymi, wygląd przeciętnej modelki jest osiągalny jedynie dla 3–5% populacji⁷. Owe przekazy gloryfikujące szczupłość są odpowiedzialne za rozwój zaburzenia nazywanego syndromem gotowości anorektycznej. Syndrom ten jest definiowany jako „zespół objawów nasuwających podejrzenie nieprawidłowości w zakresie realizowania potrzeby pokarmowej oraz stosunku do własnego ciała”⁸. Syndrom gotowości anorektycznej ujawnia się w formie tzw. zachowań anorektycznych, do których zalicza się:

- zainteresowanie produktami spożywczymi, znajomość ich wartości kalorycznej, liczenie kalorii w spożywanych posiłkach;
- okresowo rosnącą aktywność fizyczną;
- zaabsorbowanie własnym wyglądem, nadmierną dbałość o zewnętrzny wizerunek, społeczne porównywanie się „w górę” z ideałami kobiecej urody;
- tendencję do kontrolowania wagi i wymiarów ciała połączoną z występowaniem symptomów napięcia emocjonalnego;
- skłonność do rywalizacji i perfekcjonizmu;
- brak selektywności i odporności w obliczu wpływów kultury masowej;
- labilność emocjonalną powodowaną stosunkiem do ciała i jedzenia.

Opisywany syndrom jest predykatorem zachowań restrykcyjnych u dojrzewających dziewcząt (głodzenie się). Podłożem tych zachowań są najczęściej nieprawidłowe relacje w rodzinie (zaburzenia dystansu pomię-

⁶ A. BRYTEK-MATERA, A. RYBICKA-KLIMCZYK: *Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej*. Warszawa: Difin, 2009, s. 122–123.

⁷ A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie...*, s. 31–32.

⁸ B. ZIÓŁKOWSKA: *Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 2001, s. 17.

dzy rodzicami a dzieckiem), wzbudzające nadmierną potrzebę rywalizacji i perfekcjonizmu. Ważnym czynnikiem w etiologii syndromu jest także oddziaływanie kultury masowej, która generując zwrotnie potrzebę porównań społecznych, kształtuje i wzmacnia nierealistyczny obraz siebie i własnej atrakcyjności.

Wizerunek ciała – dane epidemiologiczne

Kwestie związane z wizerunkiem ciała, jak już wspomiano, są szczególnie istotne w grupie osób wchodzących w okres adolescencji, ponieważ ten etap rozwojowy charakteryzuje się wzrastającą koncentracją na własnym wyglądzie, co często jest powiązane z nasilającym się niezadowoleniem z własnej fizyczności. Niezadowolenie to, oprócz powodowania opisywanych zaburzeń, może popychać jednostkę do podejmowania różnego typu ryzykownych i niebezpiecznych dla zdrowia zachowań, takich jak zbyt duże ograniczanie wartości kalorycznej spożywanych posiłków czy drastyczna redukcja liczby posiłków spożywanych w ciągu dnia. Ponadto wykazano, że niezadowolenie z własnego wyglądu często współwystępuje z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych i zaburzeniami zdrowia psychicznego⁹. Z kolei do czynników chroniących przed nadmiernym niepokojem związanym z fizyczną atrakcyjnością zalicza się regularną aktywność fizyczną, a także doświadczanie akceptacji ze strony rówieśników i rodziny oraz dobre relacje społeczne¹⁰.

⁹ A.R. KAUFMAN, E.M. AUGUSTSON: *Predictors of regular cigarette smoking among adolescent females: does body image matter?* „Nicotine & Tobacco Research” 2008, no. 10 (8), s. 1301–1309; I.L. KVALEM et al.: *Body evaluation and coital onset: a population-based longitudinal study*. „Body Image” 2011, no. 8 (2), s. 110–118; B. VERPLANKEN, R. VELSVIK: *Habitual negative body image thinking as psychological risk factor in adolescents*. „Body Image” 2008, no. 5 (2), s. 133–140.

¹⁰ M. MONTEIRO GASPAR et al.: *Protective effect of physical activity on dissatisfaction with body image in children – a cross-sectional study*. „Psychology of Sport and Exercise” 2011, no. 12 (5), s. 563–569.

Problematyka dotycząca szeroko pojętego wizerunku ciała jest przedmiotem licznych analiz badawczych. Najbardziej wyczerpujące dane w tym zakresie zaprezentowano w raporcie z badań HBSC, które prowadzone były w populacjach 11-, 13- i 15-latków w 43 państwach i regionach świata. Wyniki badań wskazują, że koncentracja na własnym wyglądzie wzrasta wraz z wiekiem – było to szczególnie widoczne w grupie badanych dziewcząt, wśród których różnica pomiędzy 11- i 15-latkami deklarującymi, że są zbyt grube, wyniosła ponad 10% (27% w grupie 11-latek i 40% w grupie 15-latek sądzi, że jest zbyt gruba). Wykazano również różnice międzypłciowe, które w grupie 15-latków wynosiły 18%, z niekorzyścią dla dziewcząt zdecydowanie gorzej oceniających swój wygląd zewnętrzny. Przypuszcza się, że jest to związane z wzorcami kulturowymi rozpowszechnianymi przez media – u dziewcząt w wieku dojrzewania zwiększa się ilość tkanki tłuszczowej, co stoi w sprzeczności z lansowanym ideałem kobiecego ciała, u chłopców z kolei w trakcie pokwitania rozbudowuje się muskulatura, a ciało szybko rośnie, co wpisuje się w lansowane wzorce. Wzorce rozpowszechniane w przekazach kulturowych pozwalają przypuszczać, że różnice między dziewczętami i chłopcami w postrzeganiu własnego ciała będą prawdopodobnie nadal się utrzymywać. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że wyniki uzyskane w Polsce, w grupach zarówno dziewcząt, jak i chłopców, znalazły się wśród 10 najwyższych wyników wszystkich państw biorących udział w badaniu, wskazujących na najgorszą percepcję własnego wyglądu; największe wartości osiągnięto w populacji 11-latków¹¹.

W badaniach HBSC analizowano także zachowania podejmowane przez nastolatków w celu redukcji wagi. Dane te są istotne ze względu na fakt, że obok praktykowania zdrowych sposobów odchudzania, takich jak zwiększenie częstotliwości uprawiania ćwiczeń fizycznych, młodzi ludzie mogą uciekać się także do metod powodujących w ich opinii szybkie efekty, całkowicie sprzecznych z zasadami zdrowego stylu życia. Ponadto dowiedziono, że stosowanie drastycznych diet pozytyw-

¹¹ *Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey.* Eds. C. CURRIE et al. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012, s. 93–96.

nie koreluje z występowaniem zaburzeń odżywiania i zaniżoną samooceną¹². Co więcej, często powtarzane diety mogą paradoksalnie prowadzić do wzrostu wagi poprzez zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia epizodów napadowego objadania się w okresach pomiędzy stosowaniem diet¹³.

W badaniach wykazano, że wśród dziewcząt częstotliwość podejmowania różnego typu zachowań zmierzających do redukcji wagi wzrasta wraz z wiekiem (od 14% w populacji 11-latek do 22% w populacji 15-latek). Odwrotny wzorzec zaobserwowano wśród chłopców (odpowiedni 12% i 9%), mimo, że w tej grupie odnotowano więcej przypadków otyłości. Różnice te tłumaczy się innym typem zmian zachodzących w okresie dojrzewania w ciałach dziewcząt i chłopców; wskazuje się też na mniej restrykcyjne komunikaty na temat wagi i wyglądu, jakie ze swojego najbliższego otoczenia (głównie od rodziny) otrzymują chłopcy¹⁴.

Wyniki uzyskane w badaniu HBSC są zbieżne z danymi pochodzącymi z innych badań, które wykazały brak akceptacji własnego wyglądu u ponad połowy badanych dziewcząt w wieku 18 lat, podających najczęściej takie przyczyny negatywnej percepcji swojej fizyczności, jak: zbyt grube uda, zbyt mały biust, zbyt niski wzrost, zbyt tęgie biodra oraz zbyt tęga sylwetka. 53% respondentek deklarowało podjęcie działań zmierzających do zmiany swojego wyglądu, 60% przyznało, że odchudzało się w przeszłości, 11% cały czas przestrzegało diety odchudzającej, a jedynie 29% przyznało, że nie widzi potrzeby odchudzania. Podejmując dietę, ankietowane najczęściej korzystały z porad koleżanek i wskazówek zawartych w kobiecych czasopismach, zdecydowanie rzadziej posiłkowały się natomiast poradami lekarskimi czy książkami naukowymi. Tymczasem, jak wskazuje literatura przedmiotu, adolescentenci stosujący nieprawidłową dietę są siedmiokrotnie bardziej nara-

¹² D. NEUMARK-SZTAINER et al.: *Overweight status and weight control behaviors in adolescents: longitudinal and secular trends from 1999 to 2004*. „Preventive Medicine” 2006, no. 43 (1), s. 52–59.

¹³ D. NEUMARK-SZTAINER et al.: *Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later?* „Journal of the American Dietetic Association” 2006, no. 106 (4), s. 559–568.

¹⁴ *Social determinants of health...*, s. 97–100.

zeni na wystąpienie zaburzeń odżywiania niż ci, którzy odżywiają się prawidłowo¹⁵.

Warto jeszcze raz podkreślić, że czynnikami chroniącymi młodych ludzi przed drastycznymi próbami redukcji wagi, niejednokrotnie prowadzącymi do wystąpienia problemów zdrowotnych, są: pozytywny wizerunek ciała oraz zdrowe postawy i zachowania względem sposobu odżywiania się i aktywności fizycznej. Podstawą kształtowania takich pozytywnych zachowań jest wsparcie, a także modelowanie odpowiednich postaw przez rodziców i tzw. znaczących dorosłych¹⁶.

Profilaktyka

Działania z zakresu profilaktyki zaburzeń wizerunku własnego ciała mogą być realizowane zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i instytucjonalnym. W wymiarze indywidualnym najbardziej znaczące są oddziaływania podejmowane przez rodziców, ponieważ to oni w dużej mierze wpływają na wizerunek ciała swoich dzieci poprzez modelowanie zachowań oraz kształtowanie opinii. Wśród działań, które powinni podejmować rodzice, by promować pozytywny wizerunek ciała swojego dziecka, najczęściej wymienia się¹⁷:

- zapewnianie odpowiedniej stymulacji sensorycznej dziecka od najmłodszych lat jego życia (kołysanie, przytulanie, masowanie itp.), przez co rodzice dają dziecku poczucie bezpieczeństwa oraz uczą je, że ciało jest źródłem przyjemności i komfortu;

¹⁵ F. LWOW, K. DUNAJSKA, A. MILEWICZ: *Występowanie czynników ryzyka jadłowstrętu psychicznego i bulimii u 18-letnich dziewcząt*. „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii” 2007, nr 3 (3), s. 33–38.

¹⁶ J. AHREN-MOONGA et al.: *Association of higher parental and grandparental education and higher school grades with risk of hospitalization for eating disorders in females: the Uppsala birth cohort multigenerational study*. „American Journal of Epidemiology” 2009, no. 170 (5), s. 566–575.

¹⁷ A. KEARNEY-COOKE: *Familial influence on body image development...*, s. 99–107; cyt. za: A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie...*, s. 22–24.

- zachęcanie dziecka do odkrywania siły fizycznej i eksperymentowania z różnymi formami ruchu oraz stwarzanie dziecku okazji do doświadczania własnego ciała jako pozytywnej części samego siebie, co daje możliwość odkrywania/uzyskania kontroli nad swoim ciałem i poczucia własnej skuteczności;
- uczenie dziecka zwracania uwagi na sygnały płynące z wnętrza ciała (głód, nasycenie, zmęczenie itp.) i właściwego reagowania na nie, budowanie świadomości ciała, która jest ważna dla kształtowania się tożsamości oraz zdrowia psychicznego;
- niedopuszczanie do negatywnych komentarzy na temat wyglądu zewnętrznego dziecka, a także uczenie go, jak powinno reagować w momencie wygłaszania przez osoby postronne nieprzychylnych uwag dotyczących jego atrakcyjności fizycznej, ponadto wspólne analizowanie sposobów minimalizacji negatywnych doświadczeń;
- uczenie dziecka krytycznego podejścia do informacji rozpowszechnianych przez media, uświadamianie mu, że przekazy zawarte w reklamach, teledyskach, kolorowej prasie rzadko odpowiadają rzeczywistości;
- zachęcanie dziecka do samodzielnego określenia obrazu własnego ciała, tak, by dziecko nie kierowało się uwagami innych na temat swojego wyglądu, oraz nakłanianie dziecka do identyfikowania sposobów dbania o swoje ciało;
- dyskusowanie z dzieckiem zmian, jakie zachodzą w ciele w wieku dojrzewania, dzielenie się z dzieckiem własnymi doświadczeniami z tego etapu rozwojowego, uświadomienie mu, że oceny oparte wyłącznie na wyglądzie nie są już tak istotne w okresie wczesnej dorosłości;
- promowanie modelu zdrowego postrzegania siebie/samoobserwacji, co pośrednio może pomóc dziecku w wyznaczeniu właściwej wagi i kształtu sylwetki oraz większej akceptacji własnego wyglądu.

Oprócz oddziaływań środowiska rodzinnego, inicjatywy związane z kształtowaniem pozytywnego wizerunku ciała i zapobieganiem jego zniekształceniom powinny być podejmowane w wymiarze instytucjonalnym. Oczywiście najważniejszą instytucją prowadzącą tego typu działania jest szkoła, z uwagi na długotrwałą i systematyczny wpływ tej instytucji wywierany na dzieci oraz adolescentów, nie należy jednak lekceważyć faktu, że każda szkoła funkcjonuje w specyficznym kontek-

ście środowiskowym, który nie jest obojętny z punktu widzenia jakości i skuteczności podejmowanych inicjatyw. Z tego powodu efektywny system prewencyjny powinien uwzględniać perspektywę systemową, w ramach której wyodrębnić można następujące poziomy oddziaływań¹⁸:

1. **Poziom międzyinstytucjonalny** (szkoła, poradnia psychologiczno-pedagogiczna, policja, internat, poradnia lekarska itp.) – na tym poziomie konieczne jest wypracowanie zasad skutecznej komunikacji i współpracy w zakresie opieki nad konkretnymi osobami oraz realizacji programów edukacji pracowników i psychoprophylaktyki zaburzeń wśród uczniów, a także wymiana bieżących doświadczeń.
2. **Poziom instytucji** (dyrekcja szkoły, nauczyciele, psycholog, pedagog, pracownicy pomocniczy itp.) – w obrębie instytucji, jaką jest szkoła, niezbędna jest edukacja wszystkich członków społeczności dotycząca zaburzeń, jakie mogą być konsekwencją nieadekwatnego wizerunku ciała, a także trening kompetencji społecznych przydatnych w kontakcie z uczniami przejawiającymi trudności adaptacyjne, adresowany do nauczycieli i wychowawców. Należy określić jasne zasady bezpieczeństwa i reguły postępowania w przypadku wystąpienia niepokojących objawów u uczniów oraz w ramach psychoprophylaktyki angażować uczniów w projekty artystyczne, sportowe, a także działania na rzecz środowiska i społeczności lokalnej. Przydatne może być również wyłonienie spośród pracowników placówki osób, które wejdą w skład „zespołu kryzysowego”, odpowiedzialnego za kontakt z uczniami przejawiającymi destrukcyjne zachowania.
3. **Poziom relacji wychowawca – uczeń** – w ramach bezpośredniej relacji z uczniem przydatne jest przede wszystkim doskonalenie umiejętności komunikowania się oraz udzielanie niezbędnego wsparcia emocjonalnego i informacyjnego.
4. **Poziom osobisty wychowawcy** – w wymiarze intrapersonalnym u dorosłego opiekuna istotne jest zwiększenie wglądu we własne emocje wywoływane dezadaptacyjnymi zachowaniami wychowanków oraz posiadane kompetencje związane z udzielaniem pomocy

¹⁸ J. WYCISK, B. ZIÓŁKOWSKA: *Młodość przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole*. Warszawa: Difin, 2010, s. 135–138.

uczniom, a także kształtowanie umiejętności efektywnego radzenia sobie ze stresem i korzystania ze wsparcia współpracowników¹⁹.

Spełnienie postulatu skuteczności podejmowanych interwencji wymaga, by w ramach poszczególnych elementów systemu prewencyjnego realizowane były wszystkie rodzaje oddziaływań profilaktycznych opisane w tabeli 1. Dokładniej scharakteryzuję wybrane zalecenia dotyczące funkcjonowania wymienionych poziomów prewencji.

TABELA 1

Rodzaje oddziaływań profilaktycznych

Rodzaj oddziaływań	Charakterystyka
Profilaktyka I stopnia	działania skierowane wobec osób, u których nie obserwuje się jeszcze zachowań dezadaptacyjnych – zapobieganie wystąpieniu zachowań szkodzących zdrowiu poprzez diagnozowanie czynników ryzyka i przeciwdziałanie im
Profilaktyka II stopnia	działania adresowane do osób, u których obserwuje się pojedyncze zachowania dezadaptacyjne, tj. podejmowanie restrykcyjnej diety – powstrzymywanie rozwoju pełnoobjawowego zaburzenia w momencie wystąpienia jego pierwszych symptomów
Profilaktyka III stopnia	działania skierowane do osób, u których w przeszłości wystąpiły pełnoobjawowe zaburzenia; działania te mają na celu zapobieganie eskalacji zaburzeń lub ponownemu ich wystąpieniu oraz łagodzenie ich negatywnych skutków, tj. stygmatyzacji, konsekwencji hospitalizacji itp.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: J. WYCISK, B. ZIÓŁKOWSKA: *Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole*. Warszawa: Difin, 2010, s. 135.

Poziom międzyinstytucjonalny

Poza szkołą istnieje wiele placówek, w których młodzi ludzie z różnych powodów stale lub okresowo przebywają pod opieką dorosłych.

¹⁹ Por. J. WYCISK: *Samouszkodzenia umiarkowane u młodzieży. Podstawy prewencji na terenie szkoły*. „Ruch Pedagogiczny” 2009, nr 3–4, s. 5–20.

Można do tych placówek zaliczyć domy dziecka, internaty, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, poradnie zdrowia psychicznego, świetlice socjoterapeutyczne, sanatoria, domy kultury, pozaszkolne koła zainteresowań, centra sportowe, organizacje pozarządowe itp. Możliwość współpracy między wychowawcami i opiekunami dzieci i młodzieży oraz specjalistami w dziedzinie zdrowia psychicznego i somatycznego działającymi w ramach wymienionych placówek stanowi istotny, choć wciąż nie w pełni wykorzystany zasób. Z punktu widzenia profilaktyki niezwykle ważne jest, by osoby czynnie zaangażowane w pracę z młodymi ludźmi realizowały wspólne przedsięwzięcia prewencyjne, a także komunikowały się i współpracowały z sobą w ramach pomocy udzielanej nastolatkom prezentującym dezadaptacyjne zachowania. Wychowawcy i opiekunowie powinni przy tym pamiętać, że zachowanie zasad poufności chroni podopiecznego przed stygmatyzacją i ostracyzmem społecznym. Najlepszym rozwiązaniem jest tu powierzenie koordynacji działań związanych z pomocą konkretnej osobie (w przypadku wystąpienia poważniejszych problemów zdrowotnych) zespołowi powołanemu w celu monitorowania sytuacji i udzielanego w niej wsparcia. Jednocześnie w planowaniu i realizacji działań prewencyjnych warto uwzględnić inne instytucje, niesprawujące bezpośrednio opieki nad dziećmi i młodzieżą, ale służące szeroko rozumianemu bezpieczeństwu i zdrowiu publicznemu; można do tych instytucji zaliczyć placówki pomocy społecznej, służbę zdrowia, policję, media itp. Dzięki włączeniu tych placówek w działania prewencyjne istnieje większa szansa na koordynację celów, rozsądny podział zadań i dostosowanie do nich odpowiednich strategii oddziaływań czy wreszcie skuteczną ewaluację wykorzystanych narzędzi i szacowanie skutków ich zastosowania. Wreszcie współpraca poszczególnych szkół i innych placówek oświatowych przyczynia się do stworzenia jednolitych standardów i procedur postępowania, co sprzyja skutecznemu eliminowaniu zagrożeń związanych z nieadekwatną percepcją własnego wyglądu wśród dzieci i młodzieży²⁰.

²⁰ J. WYCISK, B. ZIÓŁKOWSKA: *Młodzież przeciwko sobie...*, s. 139–140; por. G. ŚWIĄTKIEWICZ: *Profilaktyka w środowisku lokalnym*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2002.

Poziom instytucji – działania w obrębie szkoły

Pierwszym krokiem w działalności profilaktycznej prowadzonej na terenie szkoły powinna być psychoedukacja personelu i młodzieży szkolnej. Idealna byłaby sytuacja, w której edukacja personelu szkoły objęłaby zarówno osoby pierwszego kontaktu, bezpośrednio zaangażowane w interwencję prowadzoną w obrębie placówki, jak i całe grono pedagogiczne, pracowników administracji, personel pomocniczy i wszystkich dorosłych, którzy mają kontakt z dziećmi i młodzieżą. Tak szeroko zakrojone działania umożliwiłyby wszystkim dorosłym pracującym w szkole zwrócenie uwagi na niepokojące zachowania uczniów i pozwoliłyby odpowiednio na nie zareagować. Szczegółowa problematyka szkoleń adresowanych do wszystkich członków społeczności szkolnej (organizowanych w odrębnych grupach, w tym także dla uczniów) powinna dotyczyć²¹:

- czynników ryzyka zaburzeń wizerunku ciała;
- funkcji zachowań autodestrukcyjnych;
- behawioralnych i emocjonalnych sygnałów ostrzegawczych;
- konstruktywnych sposobów reagowania i komunikowania się w obliczu kryzysu;
- kształtowania kompetencji społecznych i emocjonalnych, w tym zwłaszcza efektywnych sposobów radzenia sobie ze stresem i skutecznej samokontroli emocji.

W przypadku zaobserwowania u uczniów dezadaptacyjnych zachowań, na terenie szkoły w ramach profilaktyki II i III stopnia powinny być podjęte następujące działania²²:

1. Identyfikowanie zachowania dezadaptacyjnego/autodestrukcyjnego

Osoby pierwszego kontaktu (najczęściej pedagog i/lub psycholog szkolny, pielęgniarka szkolna, wychowawca, dyrektor²³), jak również

²¹ J. WYCIŚK, B. ZIÓŁKOWSKA: *Młodzież przeciwko sobie...*, s. 144.

²² Ibidem, s. 145–158.

²³ Por. R.A. LIEBERMANN, J.R. TOSTE, N.L. HEATH: *Nonsuicidal self-injury in the schools: Prevention and intervention*. In: *Self-injury youth. The essential guide to assessment and intervention*. Eds. M.K. NIXON, N.L. HEATH. New York–London: Routledge, 2009, s. 195–216.

**Behawioralne i emocjonalne sygnały ostrzegawcze
świadczące o niewłaściwym stosunku jednostki do odżywiania się**

- duże wahania wagi w krótkim czasie, przybieranie na wadze lub nadmierna utrata wagi;
- duża koncentracja na sylwetce i niezadowolenie z wyglądu pomimo prawidłowej masy ciała;
- objadanie się lub unikanie jedzenia;
- jedzenie w ukryciu, unikanie spożywania posiłków wspólnie z innymi ludźmi;
- chowanie, gromadzenie lub wyrzucanie jedzenia;
- unikanie sytuacji związanych z ekspozycją ciała;
- warstwowe ubieranie się;
- zaburzenia miesiączkowania;
- pojawienie się meszku na ciele, przerzedzenie włosów;
- problemy stomatologiczne;
- częste bóle i infekcje gardła;
- opuchnięcia twarzy i dłoni, blizny na grzbietach dłoni;
- unikanie innych ludzi, izolacja;
- podejmowanie intensywnych ćwiczeń fizycznych;
- stany przewlekłego zmęczenia;
- systematyczne spożywanie alkoholu;
- systematyczne przeglądanie stron internetowych o zaburzeniach odżywiania;
- przesadne zainteresowanie dietami, „zdrową żywnością”, eliminowanie z diety coraz większej ilości produktów;
- jedzenie wyłącznie posiłków przygotowywanych przez siebie;
- częste przypadki grypy żołądkowej;
- labilność emocjonalna, przedłużające się stany depresyjne lub euforyczne;
- duża ambicja bądź utrata zainteresowań.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: J. WYCISK, B. ZIÓŁKOWSKA: *Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole*. Warszawa: Difin, 2010, s. 146–147.

nauczyciele mogą rozpoznawać problemy, z jakimi borykają się uczniowie, w różny sposób²⁴:

- obserwować niepokojące zachowania, tj. nietypowy sposób odżywiania się;
- napotykać na treści świadczące o obecności autodestrukcyjnych myśli w wytworach uczniów (wypracowania, blogi, prace plastyczne);

²⁴ Por. A.A. D'ONOFRIO: *Adolescent self-injury: A comprehensive guide for counselors and health care professionals*. New York: Springer, 2007.

- otrzymywać informacje na temat problemów, z jakimi borykają się uczniowie, od innych nauczycieli bądź członków personelu pomocniczego;
- otrzymywać informacje od rówieśników obserwujących niepokojące zachowania koleżanki/kolegi, na przykład prowokowanie wymiotów;
- uzyskiwać informacje wprost od osoby podejmującej dezadaptacyjne zachowania, która poszukuje pomocy.

Warto pamiętać, że tendencje do reagowania zaburzeniami odżywiania widoczne są przede wszystkim w nietypowych zachowaniach żywieniowych, gwałtownych zmianach masy i proporcji ciała, a także w niestabilnym/labilnym funkcjonowaniu emocjonalnym. Pełną listę sygnałów ostrzegawczych zamieszczono w ramce.

2. Nawiązanie kontaktu z uczniem

Prowadzenie z uczniem rozmowy na temat problemów, które zostały u niego zidentyfikowane, nie jest łatwe, dlatego warto wykorzystać aktywne słuchanie, a zwłaszcza takie jego narzędzia, jak odzwierciedlanie, parafrazowanie i klaryfikacja²⁵. Dobrze jest także skoncentrować się na własnych odczuciach i spostrzeżeniach związanych z sytuacją ucznia oraz wprost wyartykułować swój niepokój o niego. Właściwa komunikacja wymaga również dostępności dorosłego opiekuna i chodzi tu nie tylko o obecność fizyczną, lecz także o psychologiczną otwartość i przyzwolenie na szukanie kontaktu. Odpowiedni sposób komunikowania się ma wartość nie do przecenienia w trakcie prowadzonych działań prewencyjnych, dlatego najlepiej, jeśli cały personel szkoły zostanie objęty szkoleniem w tym zakresie. W tabeli 2 opisano podstawowe zasady dotyczące budowania kontaktu z nastolatkiem prezentującym zachowania dezadaptacyjne.

3. Skierowanie ucznia do osoby pierwszego kontaktu

Po rozmowie z uczniem, w której potwierdzą się przypuszczenia nauczyciela co do występowania u nastolatka zagrażających zdrowiu zachowań, należy skierować go do którejś z osób wchodzących w skład tzw. zespołu kryzysowego. W zależności od procedur obowiązujących

²⁵ Por. J. STEWARD: *Mosty zamiast murów. O komunikowaniu się między ludźmi*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2000; „*Jak żyć z ludźmi*” (*umiejętności interpersonalne*). *Program profilaktyczny dla młodzieży*. Warszawa: Ministerstwo Edukacji Narodowej, 2002.

TABELA 2

Zasady budowania kontaktu z nastolatkiem przejawiającym dezadaptacyjne zachowania – podstawowe wskazania

Co robić?	Czego nie robić?
<ul style="list-style-type: none"> – być dostępnym i osiągalnym dla podopiecznego; – zadbać o stworzenie bezpiecznego miejsca do rozmowy; – być spokojnym, okazywać zainteresowanie, słuchać uważnie; – traktować poważnie emocje, motywy i przeżycia nastolatka; – okazywać akceptację, starać się wczuć w sytuację ucznia (okazać empatię); – zidentyfikować i docenić zasoby ucznia; – pomóc uczniowi zaangażować się w aktywność na terenie szkoły. 	<ul style="list-style-type: none"> – nie okazywać gwałtownych uczuć; – nie krytykować, nie oceniać, nie ośmieszają; – nie stwarzać atmosfery przesłuchania; – nie omawiać zachowania ucznia na forum klasy; – nie obiecywać, że nikomu nie przekaze się informacji o destrukcyjnych zachowaniach ucznia; – nie żądać, aby uczeń natychmiast zmienił swoje zachowanie; – nie popadać we frustrację, jeśli zachowanie ucznia nie ulegnie natychmiastowej poprawie; – nie ignorować sygnałów ostrzegawczych innych zaburzeń.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: J. WYCISK, B. ZIÓŁKOWSKA: *Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole*. Warszawa: Difin, 2010, s. 148.

w szkole nauczyciel może zachęcić ucznia do samodzielnego nawiązania kontaktu z pedagogiem/psychologiem szkolnym bądź osobiście poinformować osoby pierwszego kontaktu o problemach nastolatka, obligując je jednocześnie do nawiązania kontaktu z uczniem. Jak wskazuje literatura przedmiotu²⁶, drugie z wymienionych rozwiązań jest mniej efektywne, warto bowiem wykorzystać zaufanie, jakim obdarzył nauczyciela nastolatek, by zmotywować go do dalszego szukania pomocy.

4. Waluacja dezadaptacyjnego zachowania pod kątem zagrożenia dla zdrowia/życia

Istotnym zadaniem dla osób pierwszego kontaktu po nawiązaniu kontaktu z nastolatkiem jest ustalenie, jak duże ryzyko stwarza on dla samego siebie, podejmując dezadaptacyjne zachowania. Mimo że specjalistyczna diagnoza mająca na celu określenie źródła trudności i potwierdzenie występowania zaburzenia odbywa się poza szkołą, to jednak pierwsza

²⁶ A.A. D'ONOFRIO: *Adolescent self-injury...*, s. 125.

ocena identyfikowanego zachowania przebiega zwykle na terenie szkoły. W ramach tej oceny należy ustalić, czy dana osoba w ogóle przejawia zachowania, o które ją podejrzewamy, a także czy istnieje ryzyko utraty zdrowia/życia przez nastolatka. Najlepszym sposobem dokonania tego typu oceny jest przeprowadzenie wywiadu z uczniem w kierunku ustalenia najczęstszych sposobów radzenia sobie ze stresem i/lub posłużenie się w celach diagnostycznych odpowiednimi kwestionariuszami (na przykład *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych*²⁷, *Kwestionariusz zachowań związanych z jedzeniem*²⁸). W przypadku potwierdzenia występowania autodestrukcyjnych zachowań (na przykład zaburzeń odżywiania) należy, po pierwsze – ocenić, na ile mogą one eskalować w kierunku aktów niebezpiecznych dla życia, a po drugie – zachęcić nastolatka do zgłoszenia się do lekarza rodzinnego i/lub po pomoc psychologiczną, udostępniając odpowiednie numery telefonów i adresy placówek.

5. Podjęcie interwencji

Warto, by członkowie zespołu kryzysowego, a zwłaszcza pedagog/psycholog szkolny, znali podstawowe formy interwencji możliwe do zastosowania w szkole, które stanowią dodatkowe źródło wsparcia dla ucznia (obok terapii prowadzonej w specjalistycznym ośrodku). Należą do nich²⁹:

- rozwijanie współpracy/więzi z nastolatkiem – duże znaczenie ma nawiązanie z uczniem relacji, w której czuje się on akceptowany i nieoceniany; ważne jest przy tym zrozumienie funkcji, jaką dezadaptacyjne zachowania pełnią w życiu nastolatka; sama taka relacja może być dla nastolatka czynnikiem leczącym;
- praca nad umiejętnościami komunikacyjnymi – ze względu na deficyty w zakresie umiejętności komunikacyjnych, jakie często występują u nastolatków wykazujących zaburzenia w postrzeganiu własnego wyglądu, warto proponować uczniom ćwiczenia polegające na odgrywaniu ról, ułatwiające nazywanie i adekwatne wyrażanie przeżywa-

²⁷ J. STRELAU et al.: *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP, 2005.

²⁸ N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2004.

²⁹ R.A. LIEBERMANN, J.R. TOSTE, N.L. HEATH: *Nonsuicidal self-injury in the schools...*, s. 195–216.

nych emocji; można także zalecić podopiecznym pisanie pamiętnika czy wykonywanie projektów artystycznych nawiązujących do emocji, jakie młodzi ludzie przeżywali w trudnych sytuacjach; wytwory takie mogą być źródłem odkryć i inspiracji dla samych nastolatków, którzy dzięki takim pracom lepiej poznają siebie i uczą się identyfikować sytuacje szczególnie silnego napięcia;

- nabywanie technik radzenia sobie ze stresem – szczególnie przydatne u nastolatków przejawiających dezadaptacyjne zachowania jest uczenie behawioralnych sposobów rozładowywania napięcia, takich jak techniki oddechow, medytacyjne czy wizualizacje; ich systematyczne praktykowanie z jednej strony obniża poziom pobudzenia fizjologicznego, z drugiej – stanowi element samokontroli możliwy do wykorzystania w sytuacji trudnej;
- przeformułowanie poznawcze – sposób myślenia charakterystyczny dla nastolatków podejmujących dezadaptacyjne zachowania jest często negatywistyczny, nierealistyczny, nadmiernie generalizujący; wspólne z adolescentem przeformułowanie tych negatywnych sądów tak, by stały się bardziej realistyczne, stanowi pomocne narzędzie w tworzeniu nowego, w większym stopniu adekwatnego obrazu rzeczywistości i samego siebie.

6. Współpraca z rodzicami

Zgodnie z obowiązującym w Polsce *Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym*, personel szkoły jest zobowiązany do informowania rodziców lub opiekunów prawnych dziecka o wszelkich przypadkach wystąpienia trudności u ucznia, a ponadto ma prawo do systematycznego kontaktu z rodzicami i naruszenia zasad poufności, jeśli uczeń swoim zachowaniem stwarza zagrożenie dla siebie i/lub innych. Drugą kwestią jest konieczność objęcia rodziców bądź opiekunów edukacją dotyczącą specyfiki dezadaptacyjnych zachowań przejawianych przez nastolatka. Jednocześnie należy pamiętać, że rodzina młodego człowieka stanowi niezwykle istotny zasób, a zidentyfikowanie czynników chroniących tkwiących w środowisku rodzinnym to niezbędny element działań pomocowych³⁰.

³⁰ Por. B.W. WALSH: *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press, 2006.

Poziom relacji wychowawca – uczeń

Niezależnie od zastosowania na dalszych etapach pracy terapeutycznej specjalistycznych metod leczenia zaburzeń rozwijających się na tle nieadekwatnego wizerunku ciała, niezwykle istotne znaczenie ma samo nawiązanie kontaktu z nastolatkiem przez znaczącą osobę dorosłą, ponieważ dzięki temu adolescent otrzymuje wyraźny sygnał, że jest dla kogoś ważny. Ponadto bliski kontakt z osobą należącą do zespołu kryzysowego stwarza możliwość zaproponowania młodemu człowiekowi udziału w dalszych działaniach pomocowych organizowanych poza szkołą. Skorzystanie z tej propozycji jest tym bardziej prawdopodobne, im bliższa jest relacja ze znaczącym dorosłym będącym pracownikiem szkoły, ze względu na fakt, że osoby prezentujące destruktywne zachowania zwykle nie postrzegają ich w kategoriach problemowych, dlatego często nie widzą konieczności uczestnictwa w specjalistycznej terapii. Zdarza się też, że zachęta i wsparcie ze strony dorosłych opiekunów są potrzebne osobom, które uznają swoje zachowania za symptomy choroby, ale nie mają motywacji do podjęcia leczenia. Należy także pamiętać, że wiele młodych osób prezentujących dezadaptacyjne zachowania doświadczyło w przeszłości odrzucenia, opresji lub nadużycia zaufania, co nie skłania ich do ponownego zawierzenia dorosłemu i może skutecznie utrudniać nawiązanie kontaktu. Z tego względu osoby będące członkami zespołu kryzysowego powinny znać podstawowe zasady komunikacji interpersonalnej, ułatwiające budowanie relacji z nastolatkiem, która – jak już wspomniano – sama w sobie może być czynnikiem leczącym.

W literaturze przedmiotu³¹ opisywane są dwie skrajne postawy osób dorosłych stających w obliczu przejawiania przez nastolatka dezadaptacyjnych zachowań, utrudniające budowanie z nim pozytywnej więzi. Są to:

- odrzucenie, będące efektem poczucia bezsilności, prowadzące do wystąpienia mechanizmów obronnych, tj. zaprzeczania istnieniu problemu, bagatelizowania go, unikania kontaktu z osobą prezentującą

³¹ J. WYCISK, B. ZIÓŁKOWSKA: *Młodość przeciwko sobie...*, s. 159–160; por. A.A. D'ONOFRIO: *Adolescent self-injury...*

destrukcyjne zachowania, a niekiedy do różnych form jawnego potępienia i/lub karania nastolatka;

- nadmierne angażowanie się w relację z adolescentem potrzebującym pomocy, wynikające z nieadekwatnego poczucia odpowiedzialności lub winy, prowadzące do podejmowania działań znacznie wykraczających poza posiadane możliwości i kompetencje.

Postawa służąca budowaniu konstruktywnego kontaktu z uczniem polega na przesunięciu akcentu z destrukcyjnego zachowania na samą osobę nastolatka, jego doświadczenia, motywy postępowania, aktualnie przeżywane trudności. Elementami składowymi takiej postawy są³²:

- spokój i opanowanie – w sytuacji, gdy chcemy budować stabilną więź z nastolatkiem, okazywanie silnych emocji, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, nie jest korzystne, ponieważ wzmacnia dezadaptacyjne zachowanie, a jednocześnie jest krępujące dla podopiecznego; z tego względu warto tonować emocje i dążyć do maksymalnego obiektywizmu;
- zainteresowanie i szacunek – okazanie zainteresowania osobie przejawiającej destrukcyjne zachowania daje jej odczuć, że wspierający dorosły jest gotów poświęcić swój czas, by pomóc w konstruktywnym rozwiązaniu problemu, co sprzyja budowaniu zaufania;
- niedocenianie współczucie – osoby prezentujące dezadaptacyjne zachowania najczęściej w przeszłości spotykały się z pogardliwymi lub stygmatyzującymi opiniami na swój temat; takim jednostkom łatwiej wchodzić w kontakt z dorosłymi niewygłaszającymi oceniających sądów, wykazującymi chęć zrozumienia i towarzyszenia młodym ludziom w sposób neutralny i pozbawiony wartościowania.

Należy także pamiętać, że adolescenty, którym chcemy udzielać pomocy, mogą często przejawiać opór w różnych formach, co utrudnia nawiązanie konstruktywnej relacji, a wynika – jak już wcześniej wspomniano – z osobistych doświadczeń i historii życia. Reakcje będące przejawami oporu mogą obejmować:

- niechętnie i zdawkowe mówienie o sobie, najczęściej w sytuacji, gdy inicjatywa rozmowy wychodzi od dorosłego opiekuna;

³² J. WYCISK, B. ZIÓŁKOWSKA: *Młodzież przeciwko sobie...*, s. 162; por. B.W. WALSH: *Treating self-injury...*

- bagatelizowanie problemu, zaprzeczanie jego istnieniu bądź składanie nieprawdziwych obietnic zmiany;
- niestabilność i chwiejność funkcjonowania w relacji z dorosłym;
- intensywne i labilne uczucia wobec osoby dorosłej, niezrozumienie uzasadnienia w przebiegu relacji;
- prezentowanie zachowań impulsywnych.

Osoba dorosła, która pragnie nawiązać i podtrzymać kontakt z nastolatkiem, powinna do wymienionych reakcji odnosić się ze zrozumieniem i z szacunkiem, mając na uwadze fakt, że są to wypracowane przez jednostkę mechanizmy adaptacyjne, mające chronić jej integralność. Zbyt silna presja ze strony dorosłego, ujawnianie wobec nastolatka zniechęcenia lub zawodu, skutkować mogą jedynie nasileniem oporu. Stąd najlepszym rozwiązaniem jest zaakceptowanie i ewentualne nazwanie obserwowanych reakcji, co powinno iść w parze z wyraźnym określeniem granic przez dorosłego i zadbaniem o ich utrzymanie w trakcie trwania relacji³³.

Poziom osobisty opiekuna

Wielu dorosłych zaangażowanych w pracę z młodzieżą prezentującą dezadaptacyjne zachowania przeżywa w trakcie tej pracy wiele silnych emocji (niepokój, lęk, złość, wstręt, niesmak, współczucie, troska) i uruchamia różne skojarzenia mające często postać obiegowych, stereotypowych opinii. Uzmysłowanie sobie takich emocji i ukrytych założeń na temat podopiecznego jest często pierwszym krokiem na drodze do ulepszania działań prewencyjnych podejmowanych na terenie szkoły ze względu na fakt, że motywuje do zdobywania wiedzy, podnoszenia własnych kompetencji i poszukiwania wsparcia. Ciągłe przyglądanie się zmianom zachodzącym we własnym doświadczeniu jest także podstawą do nawiązania konstruktywnego kontaktu ze wspomaganym, adekwatnego zdefiniowania własnych możliwości w zakresie udzielenia pomocy nastolatкови oraz określenia granic własnych kompetencji³⁴.

³³ J. WYCISK, B. ZIÓŁKOWSKA: *Młodzież przeciwko sobie...*, s. 163–164; por. M.E. MCVEY-NOBLE, S. KHEMLANI-PATEL, F. NEZIROGLU: *When your child is cutting. A parent's guide to helping children overcome self-injury*. Oakland: New Harbinger Publications Inc., 2006.

³⁴ J. WYCISK, B. ZIÓŁKOWSKA: *Młodzież przeciwko sobie...*, s. 165–172.

Podsumowanie

Adekwatna ocena własnej fizyczności często sprawia młodym ludziom trudność. Przekonanie, że jest się „zbyt grubym”, niejednokrotnie popycha jednostkę do podejmowania niezwykle drastycznych działań mających na celu poprawę swojego wyglądu, dlatego tak ważną rolę odgrywa promowanie pozytywnego wizerunku ciała. Nie do przecenienia stają się w tej sytuacji reakcje tzw. znaczących innych – rodziców, nauczycieli, specjalistów z zakresu ochrony zdrowia czy rówieśników. Młodzi ludzie, którzy otrzymują akceptujące komunikaty na temat swojego ciała, są z niego zadowoleni, natomiast ci, którzy spotykają się z krytycznymi komentarzami i zachętami do redukcji wagi, najczęściej podejmują różne próby odchudzania i zmiany wyglądu.

Identyfikacja i świadomość czynników ryzyka i czynników chroniących związanych z wizerunkiem ciała, antyzdrowotnymi wzorami zachowań zmierzających do redukcji wagi oraz zaburzeniami odżywiania może wspomóc wprowadzanie odpowiednich działań interwencyjnych odnoszących się do problemów dotyczących fizycznej atrakcyjności. Niezbędne komponenty takich działań to promocja bezpiecznego/rozsądnego sposobu odżywiania się, aktywnego stylu życia, a także ograniczenie stygmatyzacji związanej z wyglądem zewnętrznym, uczenie efektywnego radzenia sobie ze stresem i rozważnego przyjmowania treści rozpowszechnianych przez media.

Skuteczne programy profilaktyczne powinny integrować podejście biologiczne, psychologiczne i socjokulturowe oraz odnosić się zarówno do jednostki, jak i do środowiska jej życia. Użyteczne w tym zakresie mogą być także strategie odnoszące się do specyfiki płci, ponieważ wizerunek ciała jest zależny od wzorców dojrzewania dziewcząt i chłopców oraz od oczekiwań społeczno-kulturowych³⁵.

³⁵ *Social determinants of health and well-being among young people...*, s. 102.

Bibliografia

- AHREN-MOONGA J. et al.: *Association of higher parental and grandparental education and higher school grades with risk of hospitalization for eating disorders in females: the Uppsala birth cohort multigenerational study*. „American Journal of Epidemiology” 2009, no. 170 (5).
- BRYTEK-MATERA A.: *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin, 2008.
- BRYTEK-MATERA A., RYBICKA-KLIMCZYK A.: *Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej*. Warszawa: Difin, 2009.
- D’ONOFRIO A.A.: *Adolescent self-injury: A comprehensive guide for counselors and health care professionals*. New York: Springer, 2007.
- „Jak żyć z ludźmi” (umiejętności interpersonalne). Program profilaktyczny dla młodzieży. Warszawa: Ministerstwo Edukacji Narodowej, 2002.
- KAUFMAN A.R., AUGUSTSON E.M.: *Predictors of regular cigarette smoking among adolescent females: does body image matter?* „Nicotine & Tobacco Research” 2008, no. 10 (8).
- KEARNEY-COOKE A.: *Familial influence on body image development*. In: *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. Eds. T.F. CASH, T. PRUZINSKY. New York: Guilford Press, 2002.
- KVALEM I.L. et al.: *Body evaluation and coital onset: a population-based longitudinal study*. „Body Image” 2011, no. 8 (2).
- LIEBERMANN R.A., TOSTE J.R., HEATH N.L.: *Nonsuicidal self-injury in the schools: Prevention and intervention*. In: *Self-injury youth. The essential guide to assessment and intervention*. Eds. M.K. NIXON, N.L. HEATH. New York–London: Routledge, 2009.
- LWOW F., DUNAJSKA K., MILEWICZ A.: *Występowanie czynników ryzyka jadłowstrętu psychicznego i bulimii u 18-letnich dziewcząt*. „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii” 2007, nr 3 (3).
- MCVEY-NOBLE M.E., KHEMLANI-PATEL S., NEZIROGLU F.: *When your child is cutting. A parent’s guide to helping children overcome self-injury*. Oakland: New Harbinger Publications Inc., 2006.
- MONTEIRO GASPAR M. et al.: *Protective effect of physical activity on dissatisfaction with body image in children – a cross-sectional study*. „Psychology of Sport and Exercise” 2011, no. 12 (5).
- NEUMARK-SZTAINER D. et al.: *Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later?* „Journal of the American Dietetic Association” 2006, no. 106 (4).

- NEUMARK-SZTAINER D. et al.: *Overweight status and weight control behaviors in adolescents: longitudinal and secular trends from 1999 to 2004*. „Preventive Medicine” 2006, no. 43 (1).
- OGIŃSKA-BULIK N.: *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2004.
- SCHIDLER P.: *The image and appearance of human body*. New York: International University Press, 1950.
- Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Eds. C. CURRIE et al. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.
- STEWART J.: *Mosty zamiast murów. O komunikowaniu się między ludźmi*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2000.
- STRELAU J. et al.: *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP, 2005.
- ŚWIĄTKIEWICZ G.: *Profilaktyka w środowisku lokalnym*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2002.
- TIGGEMANN M.: *Media influences on body image development*. In: *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. Eds. T.F. CASH, T. PRUZINSKY. New York: Guilford Press, 2002.
- VERPLANKEN B., VELSVIK R.: *Habitual negative body image thinking as psychological risk factor in adolescents*. „Body Image” 2008, no. 5 (2).
- WALSH B.W.: *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press, 2006.
- WYCISK J.: *Samouszkodzenia umiarkowane u młodzieży. Podstawy prewencji na terenie szkoły*. „Ruch Pedagogiczny” 2009, nr 3–4.
- WYCISK J., ZIÓŁKOWSKA B.: *Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole*. Warszawa: Difin, 2010.
- ZIÓŁKOWSKA B.: *Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 2001.