

PRACE POGLĄDOWE

REVIEWS

Katarzyna Nitsch, Elżbieta Prajs, Jacek Kurpisz,
Ernest Tyburski

Obraz ciała i jego zaburzenia. Aspekty teoretyczne w kontekście wybranych jednostek psychopatologicznych

Body image and body image disorders. Theoretical approach towards
psychopathological features

Katedra i Klinika Psychiatrii PUM w Szczecinie. Kierownik: prof. dr hab. n. med. Jerzy Samochowiec
Correspondence to: Mgr Katarzyna Nitsch, Katedra i Klinika Psychiatrii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie,
ul. Broniewskiego 26, 71-460 Szczecin, tel.: 91 454 15 07, faks: 91 454 07 33, e-mail: nitsch.katarzyna@gmail.com
Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Artykuł stanowi przegląd literatury na temat problemu zaburzeń obrazu ciała w wybranych zaburzeniach psychicznych: zaburzeniach odżywiania się, otyłości, zachowaniach autodestrukcyjnych oraz dysmorficznych zaburzeniach ciała. Autorzy definiują pojęcie obrazu ciała, uściślając jego ramy wobec pojęć *schemat ciała* i *Ja cielesne*. Podkreślają związek między urazami wczesnodziecięcymi i powstaniem zniekształceń poznawczych i emocjonalnych wobec ciała, odwołując się także do możliwości i ograniczeń pracy terapeutycznej. W pierwszej części przybliżają obecny w literaturze sposób pojmowania obrazu ciała, teoretyczne rozważania na temat jego natury, komponentów i zaburzeń wynikających z jego zakłóceń. Następnie opisują właściwości i rodzaje zaburzeń obrazu ciała w zaburzeniach odżywiania się i otyłości, uwypuklając wylaniający się z badań wniosek o związku między zniekształceniem obrazu ciała i zniekształceniem obrazu Ja. W dalszej części zostaje omówiony konstrukt *Ja cielesne*, który służy wyjaśnieniu znaczenia specyficznych zakłóceń rozwojowych dla integracji i organizacji doświadczeń związanych z ciałem. Autorzy podkreślają znaczenie urazów wczesnodziecięcych dla kształtowania się patologicznego stosunku jednostki wobec ciała, między innymi zachowań autodestrukcyjnych. Następnie analizują zagadnienie mechanizmu obronnego dysocjacji, leżącego u podłoża stanów cielesnego wyobcowania i być może także autodestrukcji (tak jak obserwuje się to zjawisko w zaburzeniach odżywiania się, w osobowości borderline). Ostatnią część stanowi charakterystyka dysmorficznego zaburzenia ciała, jego aspektów klinicznych i konsekwencji. Wnioskiem końcowym autorzy zamykają rozważania na temat związku zaburzeń obrazu ciała ze strukturalnymi aspektami osobowości, będącymi przedmiotem psychoterapii.

Słowa kluczowe: obraz ciała, Ja cielesne, zaburzenia odżywiania się, dysmorficzne zaburzenia ciała (BDD), zachowania autodestrukcyjne, dysocjacja, otyłość

Summary

The article presents a review of the literature about body image disorders in selected mental disorders, i.e. eating disorders, obesity, autodestructive behaviours and body dysmorphic disorder. The author defines the term of the body image, as referred to the terms: *body schema* and *bodily self*. She emphasizes the correlation between early childhood traumas and development of cognitive and emotional deformations related to the body, referring also to possibilities and limitations of therapeutic work. The first part introduces the way the body image present in literature is perceived, along with theoretical considerations on its nature, components and disorders resulting from its

disturbances. Then she proceeds to describe the characteristics and types of the body image deformities in eating disorders and obesity, emphasizing the conclusion drawn from the research, about the correlation between the body image distortion and the self-image distortion. Further on, the term *bodily self* is discussed, which highlights the significance of specific developmental disturbances for integration and arrangement of body-related experiences. The author emphasizes the contribution of early childhood traumas to the development of one's pathological attitude to the body, including autodestructive behaviours. Another discussed subject is dissociative defence disorder underlying the states of bodily alienation and perhaps also autodestruction (as observed in eating disorders and borderline personality). The last part presents characteristics of body dysmorphic disorder, its clinical aspects and consequences. With the final conclusion the author closes her considerations about the correlation between the body image disorders and structural aspects of personality which are subjected to psychotherapy.

Key words: body image, bodily self, eating disorders, body dysmorphic disorder (BDD), autodestructive behaviours, dissociation, obesity

WSTĘP

Zaburzenia obrazu ciała stanowią istotny element obrazu klinicznego wielu powszechnych obecnie dysfunkcji psychicznych. Ponadto samo pojęcie obrazu ciała (*body image*) wydaje się szczególnie eksplloatowane w kontekście badań nad zaburzeniami odżywiania się. Liczne szerzej rozumiane odwołania do cielesności, jako czynnika kształtującego poczucie tożsamości, znajdujemy w literaturze z zakresu psychologii, psychoterapii, psychiatrii, a nawet neurologii. Spotykamy się również z szeregiem pojęć np. *wizerunek ciała*, *schemat ciała*, *Ja cielesne* itp., między którymi trudno wyodrębnić granice i określić jednoznaczne relacje. Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie współczesnych sposobów rozumienia obrazu ciała i jego zakłóceń w związku z wybranymi zaburzeniami psychicznymi – jadłowstrętem i bulimią psychiczną, dysmorficznymi zaburzeniami ciała oraz zachowaniami autodestrukcyjnymi.

OBRAZ CIAŁA – KOMPONENTY

Definicji obrazu ciała jest wiele. Bez względu na paradygmat wszystkie podkreślają znaczenie własnej cielesności dla kształtowania się poczucia tożsamości – poczucia Ja⁽¹⁾. Paul Schilder bardzo dosłownie ujmował wizerunek ciała (*body image*) jako wyobrażenie – obraz własnego ciała tworzony w umyśle⁽²⁾. Scalając poszczególne teorie, można przyjąć, że obraz (albo wizerunek) ciała to umysłowa reprezentacja będąca zbiorem wrażeń, przekonań i uczuć na temat ciała, świadoma i nieświadoma, obejmująca subiektywne doświadczenie ciała, jego funkcji i możliwości⁽³⁾. Obraz ciała ma charakter dynamicznego procesu – kształtuje się na drodze rozwoju jednostki i jej doświadczeń w obszarze ciała. Według Garnera doświadczenia te mają charakter fizyczny (tak jak np. kształt i masa ciała), indywidualny (uczucia wobec ciała), interpersonalny (jak oceniają nas inni) i kulturowy⁽⁴⁾. Wyodrębnia się cztery zasadnicze komponenty wizerunku ciała: poznawczy, behawioralny, emocjonalny i percepcyjny. Dla Ruckera i Casha

komponenty te tworzą dwie grupy: percepcyjną (*perceptual body image*) oraz emocjonalną (*attitudinal body image*)⁽⁵⁾. Aspekt poznawczy obejmuje myśli (przekonania i schematy poznawcze) na temat ciała. Zaburzenie w tym obszarze będzie przyjmowało charakter zniekształceń myślenia o ciele, np. tendencyjna selekcja informacji, wybiórcza pamięć i interpretacja faktów, wyolbrzymianie pewnych danych i minimalizowanie innych, posiadanie sztywnych dążeń i przekonań. Komponenta behawioralna odnosi się do postaw i zachowań wobec ciała, ukierunkowanych na jego zmianę, np. diety, ćwiczenia, zabiegi chirurgiczne. Wyodrębnia się również komponentę percepcyjną, która odnosi się do subiektywnego spostrzegania rozmiarów i kształtów ciała. Może tu dochodzić do zniekształceń między innymi pod postacią przeszacowywania wymiarów ciała czy zdeformowanego postrzegania jego części^(3,6). Liczne badania pokazują, że wśród kobiet panuje tendencja przeszacowywania swoich wymiarów, tzn. postrzegają one swoją talię, biodra, uda jako szersze, niż są w rzeczywistości. Jak podaje Heinberg, tendencja ta jest tym wyraźniejsza, im mniej waży dana kobieta (Heinberg, 1996^(za:6)). Aspekt emocjonalny dotyczy uczuć związanych z ciałem, np. zadowolenie czy niezadowolenie, lęk przed przyrostem tkanki tłuszczowej. Przeżywanie negatywnych emocji wobec ciała może także potęgować błędy poznawcze (np. zawężać uwagę, zakłócać myślenie). Uczucia pełnią również funkcję regulacyjną wobec wymiaru behawioralnego^(3,6). Zaburzenia obrazu ciała w wymienionych wyżej aspektach uważa się za rdzeń takich zaburzeń klinicznych, jak jadłowstręt psychiczny, bulimia nerwowa i dysmorfofobia⁽⁷⁾.

PROBLEM CIELESNOŚCI W ZABURZENIACH ODŻYWIANIA SIĘ

Powszechny jest pogląd, że wizerunek ciała odgrywa zasadniczą rolę w rozwoju zaburzeń odżywiania się. W wielu badaniach opisuje się związki między czynnikami kulturowymi – tj. „ideałem szczupłej sylwetki” a jego internalizacją i niezadowoleniem ze swojego ciała. Obecnie przyjmuje się, że niezadowolenie z własnego ciała stanowi ważny

czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania się^(3,8,9). Osoby chorujące na anoreksję doświadczają więcej nieprzyjemnych uczuć związanych ze swoim ciałem niż osoby zdrowe. Są bardziej niezadowolone z wyglądu poszczególnych części ciała (uda, piersi, nogi). Wyróżnia je ogólnie mniejsza satysfakcja z wyglądu. Pacjentki chorujące na anoreksję cechuje nasilenie takich zachowań, jak przymusowe ważenie się, głodzenie się i ustawiczne myślenie o swoim wyglądzie. Wygląd fizyczny stanowi u nich rdzeń poczucia własnej wartości, co przekłada się na lęk przed przytciem i „błędne koło” dysfunkcyjnych sądów na temat wagi i sylwetki. U źródeł tych ostatnich leżą dysfunkcyjne procesy poznawcze, takie jak selektywna uwaga, sztywność myślenia i jego obsesyjność. W przypadku osób chorujących na bulimię odczuwanie negatywnych uczuć wobec ciała przyczynia się do rozwoju zachowań kompensacyjnych⁽³⁾. Jak wskazuje Stice, osoby z bulimią cechuje większa internalizacja ideału szczupłej sylwetki (rozumiana tutaj jako przyswajanie wzorca społecznie uznanego za idealny i traktowanie go jako własny), co niesie ze sobą nadmierne zaangażowanie w wygląd, niezadowolenie z własnego ciała oraz przecenianie jego rozmiarów w porównaniu ze zdrową populacją⁽¹⁰⁾.

W aspekcie świadomości interoreceptywnej (świadomość własnych emocji, sygnałów płynących z ciała) pacjentki z anoreksją i bulimią psychiczną cechują trudności w zakresie identyfikowania, rozpoznawania i nazywania własnych emocji, a czynniki te pozostają w związku zarówno z powstawaniem, jak i podtrzymywaniem objawów⁽¹¹⁾. Do zakłóceń świadomości sygnałów ciała Rabe-Jabłońska i Dunajska dodają nieprawidłową interpretację sygnału głodu i sytości, zaburzone wzorce jedzenia, nierozpoznanie zmęczenia i potrzeb seksualnych⁽¹²⁾. W badaniu Prajs najważniejszym predykatorem, czyli czynnikiem różnicującym grupę kobiet z zaburzeniami odżywiania się od zdrowych rówieśniczek, okazał się wynik skali EDI – brak świadomości interoreceptywnej⁽¹³⁾. Można przyjąć, że brak świadomości interoreceptywnej jest jednym z aspektów aleksytymii (deficytu rozumienia i nazywania emocji). Powszechnie opisywanym aspektem zaburzonego obrazu ciała u kobiet z anoreksją jest niewłaściwa percepcja rozmiarów i kształtów ciała. Może to być efekt czysto percepcyjnej pomyłki, kiedy chory przywołuje z pamięci obraz siebie sprzed odchudzenia i na niej opiera bieżącą ocenę. Ponadto zniekształcają na percepcję zmysłową wpływają emocje i myśli na temat ciała. Wyniki niektórych badań sugerują, że wyolbrzymianie obrazu ciała raczej nie jest zjawiskiem percepcyjnym, ale formą zniekształceń w przetwarzaniu informacji (np. selektywna uwaga)⁽³⁾.

Zniekształcenie obrazu ciała przyczynia się do zniekształcenia obrazu Ja. W porównaniu ze zdrowymi kobietami zarówno osoby z anoreksją, jak i bulimią w większym stopniu negatywnie oszacowują wymiary swojego ciała, wykazują zdecydowanie mniejszą zażyłość z własnym ciałem oraz są w większym stopniu z niego niezadowo-

lone⁽¹³⁾. Niektóre badania wskazują, że poziom dysatisfakcji z ciała u kobiet z bulimią jest większy niż w grupie kobiet z jadłowstrętem psychicznym i kobiet zdrowych (Garner i wsp., 1985; Ruuska i wsp., 2005^(za: 7,9)). Zarówno w grupie kobiet z anoreksją, jak i bulimią psychiczną istnieją zależności pomiędzy negatywnym oszacowaniem wymiarów własnego ciała a rozbieżnością między realną a idealną (społecznie pożądaną) koncepcją siebie oraz rozbieżnością w zakresie Ja realnego (aktualna ocena swojego wyglądu) i Ja powinnościowego (przekonanie o tym, jak powinno się wyglądać)⁽¹³⁾. Ciekawe światło na związek dysregulacji poszczególnych aspektów obrazu ciała z zachowaniami ze spektrum zaburzeń jedzenia rzucają wyniki uzyskane przez Rybicką-Klimczyk i Brytek-Materę. Badanie na zdrowej populacji ujawniło, że u dziewcząt w okresie późnej adolescencji niezadowolenie z własnej sylwetki, Ja realne (świadomość rzeczywistego wyglądu własnego ciała) oraz lęk wobec wyglądu fizycznego pozostawały w związku głównie z zachowaniami restrykcyjnymi, typowymi dla jadłowstrętu psychicznego, zaś u kobiet we wczesnej dorosłości niezadowolenie z własnego ciała oraz lęk wobec wyglądu fizycznego pozostawały w związku z zachowaniami bulimicznymi. Uzyskane w tym badaniu wyniki prowadzą do wniosku, że u dojrzewających dziewcząt wzmacnianie patologicznej kontroli nad ciałem służy uzyskaniu poczucia autonomii i niezależności, zaś młode kobiety wcielają w życie zachowania bulimiczne (kompensacyjne) w celu pozbycia się napięcia⁽⁶⁾.

ZABURZENIA OBRAZU CIAŁA W OTYŁOŚCI

Dla Bruch psychologiczne dysfunkcje u osób otyłych w obszarze obrazu ciała dotyczą aspektu percepcyjnego i poznawczego (Bruch, 1962, 1970^(za: 14)). Zdaniem badaczki w tej grupie osób otyłych, podobnie jak u chorych na anoreksję, mamy dodatkowo do czynienia z zaburzeniem odbioru bodźców interoreceptywnych (sensorycznych i afektywnych) oraz globalnym poczuciem nieefektywności (np. w panowaniu nad funkcjami własnego ciała). Badania pokazują, że u osób otyłych obraz ciała pozostaje zniekształcony lub nieadekwatny – najczęściej polega na przeszacowywaniu wymiarów ciała. Do czynników predysponujących do powstawania zaburzeń obrazu ciała u osób otyłych zalicza się: wczesny początek otyłości, obecność zaburzeń emocjonalnych, negatywną ocenę otyłości przez osoby bliskie⁽¹⁵⁾. W badaniach obserwuje się związek między otyłością a niezadowoleniem z ciała w populacji osób otyłych. Płeć kobieca stanowi dodatkowy czynnik ryzyka dla niezadowolenia z ciała. W tym przypadku nie bez znaczenia pozostają kwestie kulturowe, jako że kobiety rasy czarnej są bardziej zadowolone ze swojego ciała niż kobiety białe. Prawdopodobnie w ocenie ciała swojego kierują się szerszymi normami atrakcyjności i standardami wymiarów ciała niż kobiety rasy białej⁽¹⁶⁾. Osoby otyłe cechuje wysoki

poziom niepokoju związanego z własnym ciałem – podobny do przeżywanego przez kobiety chorujące na bulimię. Kobiety otyłe częściej niż osoby nieotyle maskują swoje ciało ubraniami, przybierają posturę, sposobem poruszania się, unikają patrzenia na siebie, doznają smutku, gdy myślą o swoim ciele⁽¹⁷⁾. W bardzo niewielu przypadkach (8%, jak wynika z badania Sarwera i wsp.) poziom niezadowolenia z ciała może osiągać siłę dysmorficznego zaburzenia ciała⁽¹⁸⁾. Powszechnie obserwuje się także związek między niezadowoleniem z własnego ciała i występowaniem zespołu napadowego objadania się (*binge eating disorders*).

OBRAZ CIAŁA W KONTEKŚCIE CIELESNOŚCI – JA CIELESNE

Obok pojęcia obrazu ciała w literaturze na temat zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia odżywiania się, samouszkodzenia, osobowość borderline, pojawia się określenie Ja cielesnego, jako strukturalnego aspektu Ja.

Konstrukcja ta pozwala nam zrozumieć znaczenie specyficznych zakłóceń rozwojowych dla integracji i organizacji doświadczeń. W rozwoju dziecka Ja cielesne powstaje najwcześniej i konsoliduje się około 6. roku życia. Bezpośredni wpływ na jego rozwój wywierają interakcje dziecka z otoczeniem, w szczególności z opiekunem. Dziecko pozbawione fizycznego dotyku i czułości może mieć deficyty w zakresie określania granic własnego ciała, problemy z doświadczaniem zmysłowej przyjemności, błędnie spozstrzegać swoje ciało, np. w kategoriach jego rozmiarów. Dziecku będącemu obiektem nadmiernej intryzowności i kontroli będzie bliżej do poczucia mniejszości, obok którego wykształci się potrzeba kontrolowania własnego ciała i karania go. Kontakt z nieprzewidywalnym rodzicem prawdopodobnie będzie stanowić źródło problemów dla ukształtowania spójnego obrazu ciała, obrazu siebie i świata⁽¹⁹⁾. Taka „słaba” organizacja psychiczna może prowadzić do dezintegracji psychicznej⁽¹⁾.

W teorii Schontza Ja cielesne jest kategorią podrzędną wobec obrazu ciała. Obraz ciała powstaje w sposób hierarchiczny – doświadczenia ciała pozostają w ścisłym związku z możliwościami adaptacyjnymi organizmu. Najbardziej podstawowy poziom (I) – „schemat ciała” wynika z działania narządów zmysłów; związany jest z doświadczaniem ciała w przestrzeni oraz afektywnym wartościowaniem doznań na skali przyjemność – przykreść. „Ja cielesne” (II) powstające na gruncie schematu ciała to zdolność wyodrębniania granic fizycznych ciała, różnicowania doświadczeń ja/nie ja, określenia przestrzennej relacji ciało – środowisko. Poziom III – „fantazjowanie na temat własnego ciała” to subiektywny obraz ciała wynikający z wyobrażeń jednostki na jego temat. Ostatni poziom (IV) – „pojęcie ciała” łączy w sobie wiedzę jednostki na temat ciała oraz zdolność abstrakcyjnego myślenia na jego temat (Schontz, 1974^(za: 1)).

WPLYW URAZÓW WCZESNODZIECIĘCYCH NA KSZTAŁTOWANIE SIĘ PATOLOGICZNEGO STOSUNKU DO CIAŁA – JA CIELESNE A AUTODESTRUKCJA

Przeprowadzono wiele badań w poszukiwaniu związku między urazowymi doświadczeniami wczesnodziecięcymi (takimi jak nadużycie fizyczne, emocjonalnie niedostępny opiekun), zaburzeniami odżywiania się, zaburzeniem osobowości borderline a zaburzeniem obrazu ciała. Okazuje się, że związek ten nie jest prostoliniowy, choć w wielu pracach udało się uzyskać potwierdzenie między innymi zależności między wykorzystaniem seksualnym i zaburzoną obrazem ciała u osób z zaburzeniami odżywiania się, samouszkodzeniami i osobowością borderline^(19,20). U dzieci doświadczających ze strony opiekunów wyżej wymienionych urazów trauma ma stanowić kontekst dla rozwoju krytycznie niskiego poczucia własnej wartości. Boleśne i traumatyczne doświadczenia we wczesnym okresie rozwoju nasilają działanie mechanizmów obronnych rozszczepienia i dysocjacji, które „oddzielają” ciało od psychiki, co otwiera bezpośrednią drogę relegowania negatywnych uczuć do ciała. Pozwala to zachować dziecku minimalnie pozytywny obraz siebie, innymi słowy – przeżyć⁽¹⁹⁾. Wrogość doświadczana ze strony świata znajduje swoje odzwierciedlenie w stosunku danej osoby do własnej cielesności, w uczuciach wstydu, złości, lęku i obojętności wobec ciała, niewrażliwości na jego potrzeby, a nawet „walki” z ciałem, jak mówią o tym pacjentki. Takie „wyobcowanie ciała” (powtarzając słowa Walsh i Rosena) może znajdować swój wyraz w trudnościach z identyfikacją seksualną, w zaburzonej percepcji rozmiarów ciała i w braku troski o wygląd⁽²¹⁾.

DYSOCJACJA A ZACHOWANIA AUTODESTRUKCYJNE

Dysocjacja polega na utracie (lub osłabieniu) integracji w obrębie takich struktur psychiki, jak myślenie, uczucia, wspomnienia, poczucie tożsamości, wrażenia sensoryczne, ruchy ciała. Zjawiskiem tym wyjaśnia się obserwowane w samouszkodzeniach, zaburzeniach odżywiania się i osobowości borderline stany o charakterze oddzielenia i wyobcowania wobec własnego ciała bądź świata, poczucie pustki wewnętrznej, emocjonalnego osłupienia. Mimo adaptacyjnego charakteru i funkcji ochronnej wobec urazowych przeżyć wielu autorów wiąże jej nadmierne nasilenie z występowaniem samouszkodzeń. Tłumaczą to tym, że dysocjacja uruchomiona w odpowiedzi na silny uraz może ulegać generalizacji i jako mechanizm „nawykowy” służyć do obrony przed mniej zagrażającymi sytuacjami. Konsekwencją takiego stanu rzeczy będzie doznawanie emocjonalnego „znieczulenia” i stosowanie (w niektórych przypadkach) samookaleczenia lub na przykład napadów bulimicznych w celu „przywrócenia czucia” i pora-

dzenia sobie z dysocjacją. Od dawna przedmiotem badań jest związek między dysocjacją, wczesnodziecięcymi urazami i samookaleczeniem się bądź zaburzeniami odżywiania się. Wiele z nich wskazuje na obronną funkcję dysocjacji we wczesnym dzieciństwie w przypadkach nadużyć seksualnych i urazowych doświadczeń. Obok wykorzystania seksualnego i przemocy fizycznej w patogenezie zaburzeń odżywiania podkreśla się znaczenie mniej uchwytnych form traumy, takich jak nadużycie emocjonalne (obrażanie, krytykowanie, wywoływanie poczucia winy, zawstydzanie)^(22,23).

ZACHOWANIA AUTODESTRUKCYJNE W KONTEKŚCIE CIELESNOŚCI

Zaburzenia odżywiania się i samookaleczenia jako symptomy psychopatologiczne pozostają ze sobą w związku nie tylko ze względu na współwystępowanie czy też przynależność do jednej kategorii zaburzeń autodestrukcyjnych. U podłoża obydwu leżą bowiem patologiczne i dysfunkcyjne uczucia i postawy związane z ciałem, a ogólnie rzecz ujmując – negatywne ustosunkowanie wobec ciała. Orbach i Mikulincer wyodrębnili takie aspekty Ja cielesnego, które odnoszą się do kontinuum między podtrzymywaniem swojego życia a autodestrukcją. Ich badania ujawniły, że u osób podejmujących próby samobójcze nienawiść żywiona do swojego ciała, poczucie dyskomfortu w kontaktach fizycznych z innymi ludźmi, niechęć i nieumiejętność pielęgnacji ciała oraz chronienia go przed infekcjami, urazami (i innymi czynnikami zagrażającymi) były istotnie większe niż w grupie kontrolnej. Przy czym sama postawa negatywna wobec ciała nie jest zdaniem Orbacha przyczyną, ale warunkiem sprzyjającym podjęciu próby samobójczej i innych przejawów autodestruktywności⁽²⁴⁾. Typowe dla dziewcząt okaleczających się są odraza i obrzydzenie wobec własnego ciała oraz związanych z nim przejawów płciowości, takich jak menstruacja, zbliżenie seksualne, poszczególne organy płciowe. Stwierdzono, że takie nasilenie wrogości wobec ciała występuje głównie w populacji kobiet, co Cross tłumaczy tym, że w okresie skoku pokwitaniowego rozwój kobiecych narządów płciowych ma charakter „ukryty”, w związku z czym kontakt z nimi i możliwości poznania są dużo bardziej ograniczone niż u chłopców. Odczuwane pobudzenie seksualne jest zatem niejasne, niespecyficzne, o niejednoznacznej lokalizacji, trudniejsze do zaspokojenia i opanowania. Wszystko to składa się na dość niepewny wizerunek narządów płciowych i słabą jego integrację z obrazem ciała. Na dodatek w tym wieku obraz ciała sam w sobie jest dość kłopotliwy, jako że wymaga dostosowania do zmian zachodzących w wyglądzie i funkcjonowaniu organizmu nastolatki. Nie trzeba dodawać, że zmiany te mają charakter dość ambivalentny dla dziewcząt – mniejsze nasilenie zakłóceń u dojrzewających chłopców ma wynikać z przeżywania raczej przyjemnych uczuć w związku z doświadczaniem

swojej płciowości. Jeśli dziewczyna dodatkowo przeżyje silny uraz (taki jak wykorzystanie seksualne), jej ciało stanie się bardziej podatne na zranienie, będzie odczuwane jako mniej przewidywalne i poddające się kontroli, bardziej obce/nieprzynależne. Zdaniem Cross samookaleczenie, obok wyrazu nienawiści wobec własnej cielesności, ma być sposobem na odzyskanie poczucia kontroli, przynależności i panowania nad ciałem, źródłem poczucia fizycznej siły oraz prowokacją do wcielenia w życie zachowań samoopiekuńczych, takich jak opatrywanie ran⁽²⁵⁾.

Podejście Cross, mocno osadzone w biologicznym determinizmie, wydaje się pomijać społeczno-kulturowy kontekst rozwoju obrazu ciała. W tym ujęciu dorastające dziewczęta są pod większą presją przekazów kulturowych niż chłopcy, jako że „ideał szczupłości” i przedmiotowe traktowanie kobiecego wyglądu redukuje kobiece ciało do fizycznej atrakcyjności, a nawet atrakcyjności poszczególnych jego części (biust, pośladki, nogi, usta, nos itd.). W obrębie tego wzorca nie ma miejsca na własne potrzeby (w tym seksualne) i naturalną fizjologię ciała (np. objawy starzenia się, zmiany w budowie ciała w okresie dojrzewania albo po ciąży)^(1,3). Wewnętrzna sprzeczność tych przekazów nie może pozostać bez echa. W dyskusji na temat wpływów kulturowych na odnoszenie się do swojego ciała warto wspomnieć o społecznie akceptowalnych zabiegach typu depilacja, przekłuwanie ciała, modyfikacja ciała, tatuaże, *body building*, zabiegi medycyny estetycznej. Temat płynności granicy między normą a destrukcyjnością w ich przypadku warty jest odrębnej rozprawy.

DYSMORFICZNE ZABURZENIA CIAŁA

Interesującym zaburzeniem psychicznym, którego sedno tkwi w zaburzeniu obrazu ciała, jest dysmorfofobia. Dysmorficzne zaburzenie ciała (*body dysmorphic disorder*, BDD) w DSM-IV klasyfikuje się jako zaburzenia somatopodobne. W ICD dysmorfofobia należy do kategorii zaburzeń hipochondrycznych. BDD polega na nadmiernym zainteresowaniu wyimaginowanym lub wyolbrzymianym defektem ciała, co stanowi źródło przykrych przeżyć oraz silnie wycofuje z codziennych obszarów funkcjonowania. Charakterystyczne dla obrazu klinicznego są wyimaginowana choroba somatyczna, interpretacja naturalnych sygnałów czynnościowych ciała jako niepokojących i nieprzyjemnych, fiksacja na wybranych narządach albo częściach ciała, depresja. Pacjenci z dysmorfofobią poświęcają wiele czasu na zajmowanie się swoim mankamentem – ma to na celu obniżenie lęku lub potwierdzenie istnienia wady. Według doniesień nawet u 50% osób zmagających się z BDD występują tendencje samobójcze (Altamura i wsp., 2001; Phillips i wsp., 2005^(za: 26)). Dla osób cierpiących na BDD najczęściej defektem są ich twarz, cera, włosy i nos, choć części te zależą w dużej mierze od płci. Częstotliwość BDD w populacji ogólnej szacuje się na 1-3% (Phillips i wsp., 2000; Otto i wsp., 2001; Castle i wsp., 2004; Sarwer i wsp.,

2005^(za: 26)), wśród pacjentów chirurgii plastycznej – na około 7-15% (Phillips i wsp., 2000; Sarwer i wsp., 1998, 2003; Pertschuk i wsp., 1998; Ishigooka i wsp., 1998^(za: 26)). Nie stwierdza się w tym względzie różnic kulturowych. W literaturze osoby z BDD opisuje się jako perfekcjonistyczne, nadmiernie samokrytyczne, skłonne do wycofania, z niskim poczuciem bezpieczeństwa, słabym wglądzie, przejawiające obsesyjno-kompulsywne zachowania. Wśród czynników, które miałyby wyjaśniać etiologię zjawiska, wymienia się: czynniki społeczno-kulturowe (nadmierne zainteresowanie własną fizycznością, lęk przed niedoskonałościami), genetyczne, rodzinne (nadmiar krytycznych uwag dotyczących wyglądu w okresie dorastania), osobowe (perfekcjonizm i niska samoocena), neurofizjologiczne (dysfunkcje płata czołowego, nieprawidłowy poziom serotoniny)⁽³⁾. BDD jest wyrazem zaburzenia obrazu ciała w dwóch głównych aspektach: percepcyjnym i afektywnym. Osoby z BDD nie potrafią właściwie ocenić wymiarów lub kształtu ciała, stanowi ono dla nich źródło przykrych uczuć^(26,27). Badania potwierdzają współwystępowanie zaburzeń odżywiania się, zaburzeń lękowych oraz afektywnych i dysmorfofobii⁽²⁷⁾. Występowanie BDD w przebiegu anoreksji wiąże się między innymi z gorszym ogólnym funkcjonowaniem chorego i większą deluzyjnością⁽²⁸⁾. Jednym z podtypów dysmorficznych zaburzeń ciała jest dysmorfia mięśniowa, innymi słowy „bigoreksja”. W zaburzeniu tym umięśnieni mężczyźni postrzegają siebie jako szczupłych i wątłych. Spędzają wiele czasu na ćwiczeniach fizycznych, stale kontrolują dietę i wygląd, repertuar ich zachowań z biegiem czasu zawęża się do aktywności służących przyrostowi mięśni. Niezadowolony z muskulatury wynikający z ciągłej konfrontacji z wymaganiami otoczenia wiąże się u mężczyzn z niskim poczuciem własnej wartości i mniej konstruktywnym (mniej aktywnym) radzeniem sobie ze stresem (Kuczmarowski, Flegel, 2000^(za: 3)). Wśród przyczyn tego zaburzenia u adolescentów (dążenie do muskularnej sylwetki) wymienia się rolę mass mediów, rówieśników, a także presję rodziców. Czynnikiem zmniejszającym wpływ mass mediów jest wysokie poczucie własnej wartości⁽²⁹⁾.

W badaniu Hrabosky'ego i wsp., którego celem było porównanie zaburzeń obrazu ciała u osób z anoreksją, bulimią i BDD, najgłębszy poziom zaburzenia obrazu ciała i najgorsza jakość życia cechowały tę ostatnią grupę. Co więcej, podczas gdy pacjenci z zaburzeniami odżywiania się dostrzegali wpływ chorobowych zachowań, deficytów społecznych i problemów emocjonalnych na ich jakość życia, pacjenci z BDD za niski poziom zadowolenia winą obarczali wyłącznie swój „defekt”⁽⁷⁾.

PODSUMOWANIE

Rozpatrywanie opisanych w artykule zespołów psychopatologicznych z perspektywy zaburzeń w obrębie obrazu ciała i nieprawidłowego doń stosunku rzuca ciekawe świa-

tło na sposób ich rozumienia i podejście terapeutyczne. Można bowiem przyjąć, że zaburzenia te odzwierciedlają deficyty rozwojowe zarówno z obszaru relacji, jak i doświadczeń związanych bezpośrednio z ciałem. Niezadowolony z ciała, nieadekwatne jego postrzeganie, wrogie tendencje wobec ciała można rozumieć jako odzwierciedlenie mechanizmów obronnych (takich jak dysocjacja, rozszczepienie), które dostarczają informacji o strukturze osobowości pacjenta, jego problemów psychologicznych i tym samym pozwalają wyznaczyć obszar pracy terapeutycznej. Obecnie w pracy terapeutycznej z pacjentami z zaburzeniami odżywiania i osobowości preferowane jest podejście poznawczo-behawioralne. Zwrócenie uwagi na aspekt rozwojowy powstawania zaburzeń obrazu ciała otwiera pole innym podejściom terapeutycznym uwzględniającym doświadczenia wczesnodziecięce (m.in. praca z ciałem, elementy podejścia psychodynamicznego, Gestalt).

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Wycisk J.: Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne. Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2004.
2. Schilder P.: The Image and Appearance of the Human Body. International Universities Press, New York 1950.
3. Brytek-Matera A.: Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym. Difin, Warszawa 2008.
4. Garner D.M.: The 1997 body image survey results. Psychol. Today 1997; 30: 30-84.
5. Rucker C.E. III, Cash T.F.: Body images, body-size perceptions, and eating behaviors among African-American and white college women. Int. J. Eat. Disord. 1992; 12: 291-299.
6. Rybicka-Klimczyk A., Brytek-Matera A.: Wizerunek ciała i jego wymiary a aspekty behawioralne zaburzeń odżywiania u zdrowych kobiet w różnych fazach rozwojowych. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2008; 4: 143-151.
7. Hrabosky J.I., Cash T.F., Veale D. i wsp.: Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: a multisite study. Body Image 2009; 6: 155-163.
8. Izydorczyk B., Rybicka-Klimczyk A.: Diagnostyka psychologiczna poznawczych i emocjonalnych aspektów obrazu ciała u dziewcząt i młodych kobiet polskich. Problemy Medycyny Rodzinnej 2008; 10: 24-35.
9. Brytek-Matera A.: Postawy wobec ciała a obraz samych siebie u kobiet z zaburzeniami odżywiania się. Badania na gruncie teorii rozbieżności Ja – Edwarda Tory Higginsa. Psychiatr. Pol. 2011; 45: 671-682.
10. Stice E.: Body image and bulimia nervosa. W: Cash T.F., Pruzinsky T. (red.): Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice. Guilford Press, New York, London 2002: 304-311.
11. Brytek-Matera A.: (Nie)świadomość doznań płynących z ciała u osób z zaburzeniami odżywiania. W: Brytek-Matera A. (red.): Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała. Difin, Warszawa 2012: 66-86.
12. Rabe-Jabłońska J., Dunajska A.: Poglądy na temat znaczenia zniekształconego obrazu ciała dla powstawania i przebiegu zaburzeń odżywiania. Psychiatr. Pol. 1997; 31: 723-738.
13. Prajs E.: Wpływ polimorfizmów genów katechololtenometylo-transferazy, monoaminooksydazy A i transportera serotoniny na objawy psychopatologiczne i cechy psychologiczne pacjentek

- z zaburzeniami odżywiania się. Praca doktorska, PUM, Szczecin 2009.
14. Garner D.M., Garfinkel P.E., Stancer H.C., Moldovsky H.: Body image disturbances in anorexia nervosa and obesity. *Psychosom. Med.* 1976; 38: 327-336.
 15. Stunkard A., Mendelson M.: Obesity and the body image. I. Characteristics of disturbances in the body image of some obese persons. *Am. J. Psychiatry* 1967; 123: 1296-1300.
 16. Makara-Studzińska M., Zaborska A.: Otyłość a obraz własnego ciała. *Psychiatr. Pol.* 2009; 43: 109-114.
 17. Sarwer D.B., Wadden T.A., Foster G.D.: Assessment of body image dissatisfaction in obese women: specificity, severity, and clinical significance. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1998; 66: 651-654.
 18. Sarwer D.B., Thompson J.K., Cash T.F.: Body image and obesity in adulthood. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2005; 28: 69-87.
 19. Schier K.: Rozegrane w ciele – obraz ciała u osób ze strukturą osobowości borderline. W: Brytek-Matera A. (red.): *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała.* Difin, Warszawa 2012: 9-27.
 20. Sansone R.A., Sansone L.A.: Childhood trauma, borderline personality, and eating disorders: a developmental cascade. *Eat. Disord.* 2007; 15: 333-346.
 21. Walsh B.W., Rosen P.M.: *Self-Mutilation. Theory, Research, and Treatment.* Guilford Press, New York 1988.
 22. Tomalski R.: Trauma i dysocjacja w zaburzeniach jedzenia. *Psychoterapia* 2007; 2: 17-27.
 23. Low G., Jones D., MacLeod A. i wsp.: Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: a pilot study. *Br. J. Med. Psychol.* 2000; 73: 269-278.
 24. Orbach I., Mikulincer M.: The Body Investment Scale: construction and validation of a body experience scale. *Psychol. Assess.* 1998; 10: 415-425.
 25. Cross L.W.: Body and self in feminine development: implications for eating disorders and delicate self-mutilation. *Bull. Menninger Clin.* 1993; 57: 41-68.
 26. Jakubietz M., Jakubietz R.J., Kloss D.F., Gruenert J.J.: Body dysmorphic disorder: diagnosis and approach. *Plast. Reconstr. Surg.* 2007; 119: 1924-1930.
 27. Castle D.J., Rossell S., Kyrios M.: Body dysmorphic disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2006; 29: 521-538.
 28. Grant J.E., Kim S.W., Eckert E.D.: Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: prevalence, clinical features, and delusionality of body image. *Int. J. Eat. Disord.* 2002; 32: 291-300.
 29. McCabe M.P., Ricciardelli L.A.: Body image and strategies to lose weight and increase muscle among boys and girls. *Health Psychol.* 2003; 22: 39-46.

Informacja dla Autorów!

Chcąc zapewnić naszemu czasopismu „**Psychiatria i Psychologia Kliniczna**” wyższą indeksację MNiSW i Index Copernicus, zwracamy się do Autorów o dopełnienie poniższych warunków podczas przygotowywania pracy do publikacji:

– Praca powinna być poprzedzona streszczeniem zawierającym **od 200 do 250 słów**.

Streszczeniu pracy oryginalnej należy nadać budowę strukturalną:
wstęp, materiał i metoda, wyniki, wnioski.

– Liczba **słów kluczowych** nie może być mniejsza niż 5.
Słowa kluczowe nie powinny być powtórzeniem tytułu.
Najlepiej stosować słowa kluczowe z katalogu MeSH.

– **Praca oryginalna** winna zawierać elementy:
wstęp, materiał i metoda, wyniki, omówienie, wnioski, piśmiennictwo.

– **Piśmiennictwo** należy ułożyć w kolejności cytowania.

Pełny Regulamin ogłaszania prac znajduje się na stronie 139.