

EMOCJE ZWIĄZANE Z ZABURZONYM OBRAZEM CIAŁA

EMOTIONS ASSOCIATED WITH DISTURBED BODY IMAGE

Ewelina Kimszal¹, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz²¹ Studenckie Koło Naukowe „Tropik”, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w BiałymstokuDOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2016.8>

STRESZCZENIE

Koniec XX i początek XXI wieku to okres, w którym zauważalnie wzrosła ilość badań nad cielesnością; wzrosło też zainteresowanie nią wśród naukowców. Ciało stało się w większym stopniu cenione, a atrakcyjność ważną i pożądaną wartością. Zaburzony obraz ciała to dezorientacja w zakresie mentalnego obrazu własnego ciała; obraz ciała stanowi uwewnętrznione spojrzenie na swój wygląd i połączony jest z przekonaniem na temat tego, jak osoby z otoczenia nas oceniają i jakich emocji doświadczamy przy nieprawidłowym widzeniu swojego ciała. Osoby z zaburzonym obrazem ciała mają kłopot w spoglądaniu na część, której nie akceptują i nie chcą opisywać swoich zmian. Częstymi emocjami występującymi przy zaburzeniu obrazu ciała są wstyd, złość, depresja, zaprzeczenie, izolacja w kontaktach społecznych.

Słowa kluczowe: ciało, zaburzenia, emocje, obraz ciała.

ABSTRACT

The late twentieth and early twenty-first century is a period in which noticeably increased the number of research scientists and interests of the flesh. The body has become more appreciated as important and attractive, desired value. Distorted body image is a confusion in terms of the mental body image is an internalized view of your appearance and is connected with conviction on how the people around us and appreciate what emotions we experience with this phenomenon. Persons with disturbed body image have trouble in viewing the part, which do not accept and do not want to describe their changes. Frequent emotional disorder occurring when body image is a shame, anger, depression, denial, isolation social contacts.

Keywords: body, disorder, emotions, body image.

Wstęp

Koniec XX i początek XXI wieku to okres, w którym wzrosła ilość badań nad cielesnością; wzrosło też zainteresowanie nią wśród naukowców. Ciało stało się w większym stopniu cenione, a atrakcyjność ważną i pożądaną wartością. Dzięki pięknej, zadbanej, wysportowanej oraz szczupłej budowie można łatwiej osiągnąć sukces, pozyskać lepszą pracę, szybciej osiągnąć awans, co niesie za sobą większe zadowolenie z życia i społeczny prestiż. Wykazano, że osoby atrakcyjne fizycznie są bardziej lubiane i traktowane pobłażliwiej przez otoczenie, nawet wśród takich osób jak policjanci i sędziowie [1].

W mediach jest coraz więcej reklam poświęconych atrakcyjności fizycznej, ćwiczeniom, dietom i kosmetykom, które mają za zadanie odmłodzić i pozostawić nasze ciało jak najdłużej młode [2]. Badania pokazują, że ludzie nie są zadowoleni z własnego ciała, w konsekwencji poddają się zabiegom odchudzającym lub wdrażają zaburzone wzorce odżywiania ściągnięte od innych. Często osoby podejmują ryzykowne zachowania grożące życiu lub zdrowiu [1].

Zauważono, że na Zachodzie panują negatywne stereotypy dotyczące starzenia się i osób starszych. Nie obejmują one jedynie strefy fizycznej ułomności – spowolnionych ruchów, siwych włosów, mniej elastycznej skóry. Osobom starszym przypisuje się negatywne cechy, takie jak: depresję, złośliwość wraz z łatwiejszym popadaniem w złość, infantylność, większą zależność od innych, izolację i brak aktywności fizycznej. Badacze zauważyli, że przypisane cechy często odzwierciedlają się w życiu osób starszych. Dlatego ludzie starsi chcą, często uchodzić za osoby młodsze niż są w rzeczywistości i nie akceptują ciała podlegającego naturalnemu procesowi jakim jest starzenie się [1]. Wraz ze wzrostem istotności ciała dla kultury nauki społeczne zaczęły interesować się tematem zaburzonego obrazu ciała [2].

Co to jest zaburzony obraz ciała?

Definicja obrazu ciała w psychologicznej literaturze zawiera zmysłowy wizerunek jego rozmiarów, kształtu i for-

my, odnosi się do uczuć, jakie odczuwamy wobec niego. Thompson uważa, że obraz ciała stanowi uwewnętrznione spojrzenie na swój wygląd i połączony jest z przekonaniem na temat tego, jak osoby z otoczenia nas oceniają i jakich emocji doświadczamy przy nieprawidłowym widzeniu swojego ciała. Zaburzenia związane z obrazem własnego ciała głównie zniekształcenia w jego percepcji (osoba nie potrafi właściwie ocenić rozmiarów swego ciała) oraz emocjonalne postawy wobec niego [3]. Jeśli w naszym umyśle dominują obrazy zniekształcenia naszego ciała, obejmujące negatywną percepcję, to dochodzi do nieakceptacji własnego ciała i eksploracji zachowań zmierzających do jego zmiany [4].

Zaburzony obraz ciała obejmuje aspekt poznawczy (myśli, przekonania na temat własnego ciała), emocjonalny (emocje i uczucia wobec cielesności) oraz behawioralny (zachowania związane z chęcią zmiany wyglądu). Zaburzenia somatopodobne obejmują przesadne zaabsorbowanie wyimaginowanym lub minimalnym defektem w sferze fizyczności, a także nadmierne zaabsorbowanie ciałem, co w konsekwencji doprowadza do dystresu, osłabienia relacji społecznych i zaburzeń innych obszarów funkcjonowania [2].

Innymi zmiennymi wpływającymi na zaburzony obraz ciała są relacje, jakie człowiek utrzymuje z innymi ludźmi, sposób w jaki aktywnie spędza czas, hobby, fakt, że osoba w młodości była wyśmiewana z powodu swojego wyglądu, sposób w jaki najbliższe otoczenie reaguje na wygląd czy kobieta przeszła okres menopauzy. Wymienione czynniki mają niewątpliwie wpływ na odbiór własnego ciała [5].

Osoby z zaburzonym obrazem ciała

Kształtujący się w toku indywidualnego rozwoju jednostki obraz ciała nie zawsze jest adekwatny i pozytywny. Właściwa ocena rozmiarów ciała, postawa emocjonalna, doświadczenia wrażeń z ciała mogą być zaburzone. Mogą powstać w wyniku m.in.:

- nieprawidłowego rozwoju intelektualnego,
- uszkodzenia centralnego układu nerwowego,
- obniżonej lub ograniczonej sprawności motorycznej,
- występowania przewlekłych schorzeń somatycznych,
- czynników społecznych (stosunku rodziny, oceny innych osób) [6].

Zaburzenia obrazu własnego ciała można podzielić w następujący sposób:

- 1) spowodowane pierwotnymi lub wtórnymi zaburzeniami neurologicznymi – charakterystyczną cechą jest to, że ciało pozostaje takie samo, natomiast zmienia

się jego percepcja. Przykładem jest: autotopagnozja (niemożność rozpoznania części własnego ciała), anozognozja (zaprzeczanie oczywistym chorobom ciała, takim jak paraliż czy ślepotą), asomatognozja (nieumiejętność rozróżniania strony prawej i lewej), zaburzenia świadomości pod wpływem narkotyków (np. LSD powoduje spostrzeganie powiększonych rozmiarów własnego ciała) lub bólu;

- 2) spowodowane nagłą utratą kończyn lub innych części ciała – ciało ulega gwałtownej zmianie, natomiast jego percepcja się nie zmienia. Po amputacji kończyn i palców 98% przypadków ma zaburzoną percepcję. Osoby z wrodzonym brakiem kończyn nie odczuwają takich dolegliwości oraz kiedy amputacja została dokonana we wczesnym dzieciństwie (do 5. r.ż.) bądź jeśli utrata nie jest nagłą;
- 3) spowodowane fizyczną deformacją lub kalectwem – uszkodzenie w młodym wieku doprowadza do większych zaburzeń i zakłóca nie tylko postrzeganie własnego ciała, ale również ogólny rozwój osobowości. Wspólnymi cechami osób z różnorodnymi fizycznymi nieprawidłowościami są:
 - kompleks Qasimodo (poczucie inności, mniejszej wartości),
 - zaburzenia w relacjach społecznych i seksualnych,
 - stosowanie zabiegów obronnych (np. kamuflaż czy ograniczenia w stylu życia).
 Jeśli deformacja następuje po okresie dojrzewania, przystosowanie się do zmienionego wyglądu bardziej przypomina proces żałoby.
- 4) spowodowane minimalnymi zniekształceniami ciała albo ich całkowitym brakiem – w tej grupie mieszczą się trzy rodzaje zaburzeń obrazu ciała:
 - związane z minimalnymi deformacjami ciała – dążenie do zwiększenia własnej atrakcyjności i uwrażliwienie na tym punkcie ma podłoże w wypartych konfliktach psychicznych. Zadowolenie po operacji plastycznej u takich osób jest zdecydowanie mniejsze niż u osób operowanych ze wskazań zdrowotnych. Stwierdzono, że około 70% pacjentów z tej grupy cierpi na różnorodne zaburzenia psychiczne [6].
 - dysmorfofobia – charakteryzuje się dokuczliwą lub niszczącą troską w wyniku lekkiego lub wyimaginowanego defektu/defektów w wyglądzie swojego ciała. Pacjenci są naprawdę nieszczęśliwi; ujawnia się to podczas codziennych czynności, rozmowy, czytania, posiłków, o każdej porze [7].
 - związane z zaburzeniami psychiatrycznymi – głównie z zaburzeniami neurotycznymi i psychotyczny-

mi. Przykładem są: zaburzenia konwersyjne, depresja, schizofrenia, zaburzenia seksualne, zaburzenia jedzenia [6].

Teorie wyjaśniające rozwój obrazu własnego ciała

Poznawczo-behawioralny model rozwoju własnego obrazu ciała obejmuje w pierwszej kolejności postawy, wydarzenia i doświadczenia, które wpłynęły na sposób patrzenia na swoje ciało. Jednym z przykładów może być aktywność fizyczna, która ma złożony związek ze spostrzeganiem własnego ciała. Ćwiczenia fizyczne dobrze wpływają na funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie, przeciwdziałają takim emocjom jak depresja, lęk, poprawiając przy tym samoocenę i wprowadzając w dobry nastrój [8].

Dużą rolę odgrywają nośniki kulturowe (w tym media) w zachodzącym w dzieciństwie procesie tworzenia wyglądu zewnętrznego. Innym ważnym czynnikiem są rodzice i rówieśnicy, którzy kształtują pierwsze wyobrażenia na temat cielesności. Życie rodzinne uczy młodego człowieka modelować postawy wobec własnego ciała poprzez m.in. wdrożenie odpowiedniej diety i ćwiczeń. Również w rodzinie młody człowiek styka się z komplementami na temat swego wyglądu. To według standardów, jakie narzucili rodzice dziecko porównuje się z innymi. „Indywidualne cechy osobowości” również wpływają na samoocenę, perfekcjonizm, potrzebę aprobaty społecznej i samoświadomość [8].

Drugą grupą wywierającą wpływ na obraz własnego ciała są obecne wydarzenia i procesy. Należą do nich sytuacje, w których obserwujemy siebie w lustrze, porównujemy się z innymi np. przy przebieraniu się w przebieralni. Takie sytuacje aktywizują procesy i schematy związane z oceną własnego ciała. W wyniku tego powstają „dialogi wewnętrzne”, czyli automatyczne myśli o pewnym ładunku emocjonalnym, interpretacje i wnioski na temat wyglądu. U osób z zaburzoną obrazem ciała dialogi te są tendencyjne i odporne na jakąkolwiek zmianę. Wymienia się tu myślenie czarno-białe, zaburzone porównywania społeczne, arbitralne wnioskowania, nadmierne generalizowanie, maksymalizację własnych wad i minimalizację wad [8].

Emocje związane z zaburzoną obrazem ciała – przykłady

Zaprzeczenie, złość, depresja to normalne uczucia pojawiające się podczas przystosowania się do zmian, jakie zaszły w ciele i stylu życia. Powinniśmy pozwolić pacjentowi na podzielenie się emocjami, jakie przeżywa, w sytuacjach kiedy są na to gotowi. Nigdy nie przyspieszajmy tego pro-

cesu. Zachęcajmy do omawiania konfliktów interpersonalnych i społecznych, jakie mogą się pojawić [9].

Pacjenci odczuwają nierealistyczny obraz własnego ciała, mają niewłaściwe spojrzenie na własny obraz i może być to niezdrowe. Powinniśmy pomóc takiej osobie w opisanu idealnego wyglądu i dążyć do uzyskania utraconej samoakceptacji. Osoby z zaburzoną obrazem ciała mają kłopot w spoglądaniu na część, której nie akceptują; nie chcą też opisywać swoich zmian. Dobrym sposobem na wyrażanie uczuć może być opisanie przez pacjenta swoich uczuć na kartce. Sprawi to, że osobie takiej może poprawić się samopoczucie psychiczne i zmniejszą się zaburzenia pourazowe [9].

Osoby z zaburzoną spostrzeganiem własnego „ja” mają trudności w utrzymaniu normalnych relacji ze społeczeństwem, mają niską samoocenę i poczucie wstydu. Im człowiek odczuwa większą rozbieżność pomiędzy swoim wyglądem a wyobrażonym ideałem, tym silniej doznaje niepokoju, napięcia; osoby takie są częściej ukierunkowane na niepowodzenia [10].

Pacjenci z guzami w obrębie głowy i szyi po resekcji guza i zabiegu operacyjnym mikroresukcji informowali, że są mniej zadowoleni z własnego wyglądu twarzy, a 35,8% zmieniło pracę w wyniku niezadowolenia z obrazu swojego ciała [9].

Badania przeprowadzone u młodych kobiet, u których wykryto raka piersi, potwierdzają, że większość pacjentek miała problem związany ze zmianą obrazu ciała. Doświadczały one zażenowania, zawstyżenia, martwiły się o swoją atrakcyjność seksualną i kobiecość. Leczenie chirurgiczne, chemioterapia mogą przyczynić się do zmian zarówno fizycznych, jak i psychicznych oddziałujących na życie pacjenta [11].

Każda choroba nowotworowa może zaburzyć obraz własnego ciała, w wyniku czego zostaje zaburzona nasza percepcja ciała. Osoba nie może kontrolować zmian, jakie zachodzą w jej organizmie i traci zaufanie do swojego wizerunku. Walka z chorobą staje się synonimem walki z własnym ciałem [11].

Kobiety przywiązują większą wagę do tego, jak wyglądają i znacznie bardziej przejmują się swoim wyglądem. Starzenie się, ciąża, zwiększenie masy ciała wywołują lęk, zwiększają poziom niezadowolenia z ciała, przyczyniając się często to zaburzeń odżywiania i chęci poddania się operacji. Powoduje to obniżony nastrój, depresję, równocześnie obserwuje się osłabienie zależności między poczuciem własnej wartości a zadowoleniem z ciała [1].

Podsumowanie

Zaburzony obraz ciała jest negatywnym spojrzeniem na własne ciało. Osoby z zaburzoną percepcją swojego wy-

glądu cechują się brakiem pozytywnych myśli i emocji z nim związanych. Osoby takie nieprawidłowo określają i widzą pewne konkretne elementy swojego ciała, są nimi przesadnie zaabsorbowane, podczas gdy w rzeczywistości spostrzegany defekt jest minimalny lub wręcz nie istnieje [12]. Problem jest bardzo poważny, ponieważ w środowisku medialnym kreowani są piękni, doskonali ludzie, brzydota i wszelkie odstępstwa od normy odsuwane są na bok. Ludzie z zaburzonym obrazem ciała mają problem z odnalezieniem się w społeczeństwie i w niewielkim stopniu ktokolwiek potrafi im pomóc. Temat jest mało znany i należałoby rozwijać w powyższym zakresie nowe postawy i schematy w opiece nad osobami z zaburzeniami w obrazie własnego ciała.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Wiśniewska LA. Kult ciała a starość. Refleksje psychologiczne. *Rocznik Andragogiczny*. 2014;21:260–270.
2. Rogala-Floryan J. Inteligencja emocjonalna i zaburzenie obrazu ciała a dobrostan kobiet aktywnych fizycznie. *Psychol Jakości Życia*. 2013;12,2:149–166.
3. Izydorczyk B, Rybicka-Klimczyk A. Poznawcze aspekty obrazu ciała u kobiet a zaburzenia odżywiania. *Endokrynol Pol*. 2009;60(4):287–294.
4. Thompson JK, Berg P. Measuring body image attitudes among adolescents and adults. W: Cash TF, Pruzinsky T (red.). *Body*

- image. A hand-book of theory, research, and clinical practice. New York, London: The Guilford Press; 2002. 142–153.
5. Wiśniewska L. *Kobiece ciało – kobieca psychika. Ja-cieleśnie a psychospołeczne funkcjonowanie młodych kobiet*. Toruń: Wyd. Nauk. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika; 2014.
 6. [Dostępne w Internecie:] www.psychiatria.pl.
 7. Bjornsson AS, Didie ER, Philips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12,2:221–232.
 8. Szymańska P. Obraz ciała, stres i samoregulacja u osób uprawiających fitness w wieku późnej adolescencji i wczesnej dorosłości. *Psychol Rozwoj*. 2012;17,3:97–113.
 9. Akley BJ, Ladwing GB (red.). *Podręcznik diagnoz pielęgniarskich. Przewodnik planowania opieki opartej na dowodach naukowych*. Warszawa: GC Media House; 2011. 181–183.
 10. 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;45,5:671–682.
 11. Tomaszewicz AK. Obraz ciała i samoocena osób z chorobą nowotworową krwi po chemioterapii. *Psychoterapia*. 2015;1,172:73–84.
 12. [Dostępne w Internecie:] uzaleznienie.com.pl [data dostępu: 30.05.2016].

Zaakceptowano do edycji: 2016-09-20
Zaakceptowano do publikacji: 2016-10-05

Adres do korespondencji

Katarzyna Van Damme-Ostapowicz
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 7a
15-096 Białystok
tel.: 518 395 451
e-mail: katarzyna.ostapowicz@gmail.com