



Złożenie pracy online:  
2017-06-23 16:45:09  
Kod pracy:  
362/4009/CloudA

Inga Prusak  
(nr albumu: 22374 )

Praca magisterska

## **Obraz ciała a depresyjność u młodzieży ponadgimnazjalnej**

### **The body image and depressiveness in post-gymnasium adolescents**

Wydział: Wydział Nauk Społecznych i  
Informatyki

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Marta Brachowicz

Składam serdeczne podziękowania  
Pani dr Marcie Brachowicz  
za okazaną życzliwość, pomoc i wsparcie  
oraz cenne wskazówki udzielone podczas  
pisania niniejszej pracy



## Streszczenie

Praca ma charakter teoretyczno-empiryczny. Podjęty program badawczy skoncentrowany był na analizie zależności pomiędzy obrazem ciała a depresyjnością u młodzieży ponadgimnazjalnej. Badaniami objęto grupę 128 uczniów tarnowskich szkół ponadgimnazjalnych. W badaniach wykorzystano następujący zestaw metod: Skala Depresji CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) L. E. Rodloff i E. Helmes- wersja zmodyfikowana przez St. Tucholską, Skala Oceny Własnej Fizyczności (SOWF) autorstwa K. Zientkowska i St. Tucholska oraz Ankietę personalną własnego autorstwa. Uzyskany materiał empiryczny został poddany analizie statystycznej i psychologicznej. Na podstawie otrzymanych wyników stwierdza się, iż depresyjność ma wpływ na obraz ciała i znacząco go modyfikuje. Młodzież ponadgimnazjalna o wysokim poziomie depresyjności cechuje się bardziej negatywnym obrazem własnego ciała, posiada obniżone poczucie własnej atrakcyjności w stosunku do rówieśników i niższą troskę o wygląd. Ponadto młodzież depresyjna podejmuje mniej działań prozdrowotnych w celu utrzymania kondycji fizycznej swojego ciała w stosunku do osób zdrowych. Zrealizowany program badawczy z udziałem uczniów tarnowskich szkół dostarczył wyników, które posiadają wartość poznawczą i aplikacyjną. Stwierdzone powiązania mogą być wykorzystane w pracy profilaktycznej z dziećmi i młodzieżą nastawionej na przeciwdziałanie depresyjności oraz terapeutycznej z osobami o symptomach depresji.

## Słowa kluczowe

obraz ciała, depresja, depresyjność, młodzież, kultura masowa



## Abstract

This thesis is theoretical and empirical in character. The research project was focused on the relationship between body image and depressiveness in post-gymnasium adolescents. The study covered a group of 128 pupils of secondary schools in Tarnów. The following set of methods was used in the study: CES-D Depression Scale (L.) E. Rodloff and E. Helmes. Tucholska; The Scale of Self Assessment (SOWF) by K. Zientkowska and St. Tucholska and a personal questionnaire created by the researcher. The obtained empirical material was subjected to statistical and psychological analysis. On the basis of the results obtained, it is argued that depression has an effect on the body image and significantly modifies it. Young people with a high level of depression have a more negative image of their own body, have a reduced sense of self-attractiveness compared to their peers, and a lower concern for their appearance. In addition, depressed youth take less pro-health activities to maintain their physical condition relative to healthy people. The completed research project that involved students from schools in Tarnów provided results that have both theoretical and applied value. The identified relationships can be used in preventative work with children and adolescents designed to counteract depression and in therapeutic treatment with people with symptoms of depression.

## Keywords

body image, depression, depressiveness, adolescents, mass culture



## SPIS TREŚCI

WSTĘP .....	3
ROZDZIAŁ 1. PROBLEMATYKA OBRAZU CIAŁA .....	9
1.1. Definicje obrazu ciała .....	9
1.2. Obraz ciała w wybranych koncepcjach psychologicznych .....	13
1.2.1. Teoria rozbieżności Ja E. Tory Higginsa .....	13
1.2.2. Teoria schematów Ja według Hazel R. Markusa .....	15
1.2.3. Psychoanalityczny model reprezentacji ciała według Davida Krugera .....	15
1.2.4. Poznawczo- behawioralny model rozwoju obrazu ciała Thomasa Casha .....	16
1.3. Uwarunkowania obrazu ciała .....	18
1.3.1. Uwarunkowania podmiotowe .....	18
1.3.2. Uwarunkowania społeczne .....	22
ROZDZIAŁ 2. PSYCHOLOGICZNA ANALIZA ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH U MŁODZIEŻY I OSÓB DOROSŁYCH .....	36
2.1. Charakterystyka socjodemograficzna depresji .....	36
2.2.1. Historia pojęcia depresji .....	37
2.2.2. Epidemiologia depresji .....	38
2.2.3. Wiek a depresja .....	41
2.3. Klasyfikacje zaburzeń depresyjnych .....	42
2.3.1. Klasyfikacja ICD- 10 .....	43
2.3.2. Klasyfikacja DSM V .....	46
2.3.3. Podtypy zespołów depresyjnych .....	48
2.3.4. Depresja młodzieńcza według Antoniego Kępińskiego .....	49
2.4. Koncepcje teoretyczne depresji .....	50
2.4.1. Poznawcze koncepcje depresji .....	50
2.4.2. Psychodynamiczne koncepcje depresji .....	55
2.4.3. Interpersonalny model depresji .....	57
2.5. Uwarunkowania depresji .....	58
2.5.1. Czynniki biologiczne .....	59
2.5.2. Czynniki społeczno-kulturowe .....	61
2.6. Farmakoterapia i psychoterapia w depresji .....	66
2.6.1. Farmakoterapia .....	66
2.6.2. Psychoterapia .....	68
ROZDZIAŁ 3. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH .....	71
3.1. Problemy i hipotezy badawcze .....	71



3.2. Charakterystyka metod badawczych .....	72
3.3. Charakterystyka badanej młodzieży .....	76
3.4. Strategia badań własnych.....	82
ROZDZIAŁ 4. POWIĄZANIA POMIĘDZY OBRAZEM CIAŁA A DEPRESYJNOŚCIĄ U MŁODZIEŻY PONADGIMNAZJALNEJ .....	83
4.1. Powiązania pomiędzy obrazem ciała a depresyjnością u młodzieży ponadgimnazjalnej.....	83
4.1.1. Powiązania pomiędzy depresyjnością a obrazem ciała w całej grupie badanych .....	83
4.2. Powiązania depresyjności i obrazu ciała w grupach o małym i dużym poziomie depresyjności	87
4.2.1. Sposób wyodrębnienia grup skrajnych .....	87
4.2.2. Porównanie obrazu ciała w grupie o niskiej i wysokiej depresyjności .....	89
ROZDZIAŁ 5. OBRAZ CIAŁA BADANEJ MŁODZIEŻY O RÓŻNYM TYPIE DEPRESYJNOŚCI .....	94
5.1. Sposób wyodrębnienia grup homogenicznych i ich charakterystyka .....	94
5.2. Obraz ciała młodzieży ponadgimnazjalnej o różnym typie depresyjności .....	97
4.5. Podsumowanie i weryfikacja hipotez .....	100
ZAKOŃCZENIE .....	104
BIBLIOGRAFIA .....	112
SPIS TABEL .....	117
SPIS WYKRESÓW.....	119



## WSTĘP

Problematyka cielesności człowieka jest obiektem zainteresowania medycyny, psychiatrii, psychologii klinicznej oraz psychoterapii. Na gruncie szerzej rozumianych nauk społecznych, znalazła swoje interpretacje i odniesienia także w opracowaniach socjologicznych oraz antropologicznych. W psychologii koncepcje obrazu ciała, procesu jego tworzenia lub rozwoju były wielokrotnie poruszane.

Nauki społeczne stoją na stanowisku, że człowiek nie tylko posiada ciało, ale także nim jest (Józefik, 2014, s. 26). Zatem wszystko czego człowiek doświadcza zakorzenione jest w ciele. Ciało także jest podstawą budowania tożsamości i relacji z innymi. Obraz ciała kształtuje się w trakcie rozwoju człowieka. Na jego kształt ma wpływ wiele czynników.

Socjolodzy podkreślają, że dzisiejsze czasy charakteryzują się kultem ciała. Zdaniem Chrisa Shilinga, autora *Socjologii ciała* to właśnie ono wraz z wielością swoich społecznych i kulturowych znaczeń przesunęło się do samego centrum naukowych analiz (Shilling, 2010, s. 11). Jednym z powodów takiego stanu rzeczy jest *mit piękna*, o którym pisze Naomi Wolf (Wolf, 2008, s. 104).

Obecnie obowiązujący kanon piękna oparty jest na kulturze chudości. Szczupłe ciało uznawane jest za synonim umiaru, panowania nad sobą, sukcesu i aprobaty (Brytek- Matera, 2008 s. 9). Wygląd, który nie pasuje do przyjętych kanonów związany jest z dezaprobatą społeczną albo nawet wykluczeniem. Opresyjność kultury w znacznej części dotyczy ciała kobiet. Współcześnie obserwuje się także tendencje do stawiania męskiego ciała w centrum uwagi. Dzisiejsze opracowania naukowe najczęściej podejmują temat opresyjności kulturowej skierowanej na kobiece ciało. Jednak zdaniem Zbyszko Melosika (Melosik, 2006, s. 24) współczesny mężczyzna jest, podobnie jak kobieta, tyranizowany tysiącami medialnych przekazów nakazujących mu nieustanne monitorowanie swojego ciała i poszukiwanie oznak jego nieadekwatności (jako skutek porównywania się z pięknymi modelami z reklam i ekranów).

Posiadanie idealnego ciała wiąże się z gratyfikacją społeczną. Przyjmuje ona postać oznak sympatii ze strony innych, lepszego traktowania, przypisywania większej ilości pozytywnych cech. To z kolei przekłada się pozytywnie na życie towarzyskie, sukces zawodowy i osobisty. Badania wskazują, że osoby szczupłe są lepiej oceniane przez potencjalnych pracodawców i mają większą szansę na odniesienie sukcesu.

Media rozpowszechniają wizerunek kobiecego ciała, ale także kształtują ich wzorce poprzez częstotliwość ukazywania kobiet w poszczególnych kontekstach. Hybrydalność



przedstawianych w mediach wzorów męskości i kobiecości może niejednokrotnie prowadzić do kształtowania własnej samooceny poprzez pryzmat własnego ciała. Szczególnie podatną na te wpływy grupą są nastolatki. Martha Jablow (1993, s. 30) wspomina, że młoda kobieta o niezaspokojonych potrzebach emocjonalnych, pełna wątpliwości co do własnej osoby, żyje w społeczeństwie, które bombarduje jej świadomość i podświadomość hasłami typu *być szczupłą = być seksowną = być wolną = być szczęśliwą* to jest skłonna przyjmować te przejściowe mody zbyt dosłownie.

Psychologia wielokrotnie odnosiła się do obrazu ciała jako konstruktowi teoretycznego. Najważniejszymi z nich wydaje się być przede wszystkim teoria rozbieżności Ja E. Tory Higginsa o przedmiotowym aspekcie Ja, na które składa się tzw. Ja idealne, realne i powinnościowe. Drugą teorią tłumaczącą obraz własnego ciała jest teoria schematów Ja H. R. Markusa. Trzecim konstruktem teoretycznym odnoszącym się do obrazu ciała jest psychoanalityczny model reprezentacji ciała autorstwa Davida Krugera. Autor teorii podkreśla znaczenie wczesnych wrażeń cielesnych, odkrywanie granic swojego ciała i sprawdzanie granic jego doznań oraz obraz ciała kształtowany do szóstego roku życia. Ostatnim doniosłym twierdzeniem jest poznawczo-behawioralny model rozwoju obrazu ciała autorstwa Thomasa Cash'a, który odwołuje się do historycznych i rozwojowych wpływów na kształtowanie obrazu ciała.

Kształtowanie się obrazu własnego ciała jest wieloczynnikowe. Najczęściej wymienianymi w literaturze przedmiotu grupami czynników, które mają wpływ na obraz ciała są: czynniki fizyczne, czynniki kulturowe oraz czynniki społeczne.

Konstruowanie wizerunku ciała jest w znacznej mierze determinowane przez jakość więzi z rodzicami na wczesnych etapach rozwoju. Zachowanie rodziców wobec dziecka ma bardzo ważne znaczenie w procesie kształtowania się obrazu ciała. Począwszy od wyobrażeń na jego temat, poprzez poziom zaspakajania potrzeb w okresie niemowlęctwa, aż po postawy rodzicielskie, komentarze i spostrzeżenia na temat ciała dziecka. Anna Brytek-Matera (2008, s. 21) powołując się na badania przeprowadzone w latach osiemdziesiątych podkreśla, że rodzicielski osąd wagi dziecka był silnym predyktorem samoobserwacji wagi przez dziecko w wieku nastoletnim.

Niezadowolenie z własnego ciała jest powszechnym doświadczeniem wielu kobiet i mężczyzn. Zjawisko jest częściej opisywane w kontekście płci żeńskiej. Badania wskazują, że większość kobiet nie jest zadowolona z własnego ciała. Najczęściej kobiety są niezadowolone ze zbyt szerokiej talii, za krótkich nóg i zbyt małego biustu (Głębocka, Banach, 2010, s. 176). Wiek osób niezadowolonych z własnego wyglądu systematycznie się obniża poprzez proces





globalizacji i seksualizacji życia codziennego. Wrażliwość na punkcie swojego wyglądu jest charakterystycznym zjawiskiem w okresie dorastania i może być przyczyną obniżonego nastroju, poczucia straty i bezradności. Obniżony nastrój przy wystąpieniu innych czynników może mieć związek z obrazem własnego ciała. Jest to drugi stosunkowo powszechny problem nastolatków, który wymaga udzielenia pomocy psychologicznej.

Negatywny obraz własnego ciała może prowadzić do depresji. Występowanie depresji warunkowane jest społecznie i kulturowo. Wskazuje się, że model socjalizacji, przemiany społeczno-polityczne, płeć, rozwód lub śmierci bliskiej osoby, model przywiązania i silny stres w dzieciństwie.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje, że depresja jest czwartym najpoważniejszym problemem zdrowotnym, z którym zmagają się ludzie na całym świecie. Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia do 2020 roku depresja może być drugim zagrożeniem zdrowotnym pod względem częstotliwości występowania, tuż po chorobach układu krążenia.

We współczesnej psychiatrii często zwraca się uwagę na to, że po *erze lęku*, którą zapoczątkował Zygmunt Freud, mamy obecnie do czynienia z *epoką depresji*. Martin Seligman (1994, s. 141) podkreśla, że dzisiejsze czasy charakteryzuje brak wpływu na cokolwiek i bezradność, a dominującymi uczuciami są smutek i przygnębienie.

Depresja jest terminem powszechnie używanym na określenie smutku i przygnębienia. W psychiatrii używana jest jako nazwa jasno określonego stanu chorobowego. Depresja jako stan chorobowy jest najczęstszym, oprócz lęku zaburzeniem, którym zajmuje się psychiatria (Pużyński, 1988). Do określenia czy smutek i przygnębienie są zwykłymi stanami emocjonalnymi czy też mowa jest już o jednostce chorobowej, trzeba przyjrzeć się nasileniu objawów, okresie ich występowania i sposobie funkcjonowania jednostki w życiu codziennym. Gdy stan przygnębienia i obniżonego nastroju nie spełnia wszystkich kryteriów depresji, mowa wtedy o depresyjności.

W Polsce na depresję cierpi ponad półtora miliona ludzi. Szacuje się, że co dziesiąta osoba cierpi na depresję lub zaburzenia nastroju z tego kręgu chorób. Badania wskazują, że dwa razy częściej chorują kobiety niż mężczyźni. Liczba ta też może wskazywać na to, że kobiety częściej sięgają po pomoc niż mężczyźni. Różne badania wskazują, że choroba najczęściej przychodzi w wieku między trzydziestym piątym a pięćdziesiątym rokiem życia i w wieku podeszłym. Klinicyści wskazują jednak, że coraz częściej na depresję cierpią osoby młode, będące u progu dorosłego życia. Depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. Rozpowszechnienie depresji w przedziale



wiekowym pomiędzy dziewiątym rokiem życia a siedemnastym wynosi 0,4-8,3%. Przewaga występowania depresji u dziewcząt dotyczy środkowego i późnego okresu dorastania (Radziwiłłowicz W., 2012, s.2).

Badacz okresu dorastania, Peter Bloss (Kita A., 2016, s. 2) powiązał smutek występujący w okresie dorastania z wewnętrznymi przeżyciami nastolatków. Przede wszystkim pisał o doświadczeniu „straty” rodziców jako idealnych autorytetów, na których można zawsze liczyć. Konsekwencją tej straty jest poczucie pustki i utrata ideałów. Drugą stratą w adolescencji jest utrata „dziecka w sobie”. Ma to związek ze wzrastającymi wymaganiami świata. W okresie adolescencji młody człowiek zaczyna odkrywać, że beztrioskie lata minęły bezpowrotnie i teraz będzie musiał sam się sobą zaopiekować. Zmiany zachodzące w życiu człowieka w wieku nastoletnim są procesem zachodzącym na wielu płaszczyznach. Adolescencja rozpatrywana jest jako jeden z największych kryzysów w życiu. Jest to czas uruchamiania nowych struktur psychicznych i utrwalania się mechanizmów obronnych. Jest to także czas wyzwań dla młodego człowieka. Według Huvighursta (Zielonka- Jenek M., Chodecka A., 2010, s. 52) okres dorastania to czas na to by osiągnąć: niezależność osobistą, rozwinąć postawę wobec grup społecznych i instytucji, osiągnąć bardziej dojrzałe więzi z rówieśnikami obojga płci, ukształtować rolę męską lub kobiecą, osiągnąć niezależność emocjonalną od rodziców i innych osób dorosłych, przygotować do życia w małżeństwie i rodzinie, przygotować się do kariery zawodowej i niezależności, rozwinąć własną hierarchię wartości i dążenie do odpowiedzialności społecznej. Wobec tak dużej liczby wyzwań, młody człowiek może odczuwać poczucie bezradności i smutek.

W Polsce model depresji młodzieńczej opisał Antoni Kępiński w książce pt. „Melancholia” (Kępiński A., 1974). Jego zdaniem depresję w wieku nastoletnim należy wyróżnić jako odrębny zespół chorobowy. Kępiński charakteryzuje depresję młodzieńczą poprzez zaburzenie nastroju, na które składa się lęk, zaburzenie zachowania oraz nasilenie zachowań destrukcyjnych. W związku z tym, że objawy te mogą wystąpić w różnych konfiguracjach, to Kępiński wyróżnił cztery typy depresji młodzieńczej: apatyczno- abuliczny, buntowniczy, rezygnacyjny i labilny. Typologia ta służy jako trafny opis zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży, który dotychczas nie został opisany jako jednostka chorobowa w klasyfikacjach medycznych. Przy diagnozie depresji lekarze korzystają z klasyfikacji odnoszących się do osób dorosłych.

Z kolei koncepcje teoretyczne odnoszące się do mechanizmów powstawania depresji różnią się pomiędzy sobą nawet w obrębie jednego paradygmatu. Podejście poznawczo-behawioralne bowiem w różny sposób wyjaśniają powstawanie depresji. Teoretycy najczęściej



odwołują się do doświadczeń z okresu dzieciństwa, interakcji pomiędzy wydarzeniami życiowymi, a poznawczą podatnością na depresję oraz występowania negatywnych schematów poznawczych. Czynnikiem łączącym wszystkie teorie poznawcze jest negatywne myślenie. Teoria psychodynamiczna podkreśla natomiast znaczenie wczesnodziecięcych doświadczeń jako czynnika wywołującego depresję. Osoby depresyjne na gruncie teorii psychodynamicznej opisywane są jako mające trudność z osiągnięciem autonomii i niezależności w relacjach z innymi. W modelu interakcyjnym teoretycy podkreślają znaczenie więzi społecznej i interpersonalnej jednostki. Szczególną rolę w występowaniu depresji według tego paradygmatu zajmują niesatysfakcjonujące relacje interpersonalne.

Etiologia zaburzeń depresyjnych jest wieloczynnikowa. Depresja uwarunkowana jest biologicznie, choć na gruncie współczesnej nauki nie istnieje jedna, kompletna teoria wyjaśniająca jak genetyka, neuroprzekaźniki monoaminowe lub endokrynologia wpływają na występowanie depresji. Czynniki społeczno-kulturowe wpływające na występowanie zaburzeń depresyjnych to model socjalizacji, przemiany społeczno-kulturowe, płeć a w szczególności role przypisywane płci żeńskiej, a także stresujące wydarzenia życiowe takie jak samotność, rozwód lub śmierć bliskiej osoby. W odniesieniu do młodzieży ważnymi czynnikami społeczno-kulturowymi, które przyczyniają się do występowania depresji są także trudności w relacjach z rówieśnikami, rodzicami lub nauczycielami, niepowodzenia w szkole, brak adekwatnego wsparcia instytucjonalnego, choroby, nadużywanie środków psychoaktywnych, przemoc, zmiana środowiska i konflikty w rodzinie (Kołodziejek, 2008, s. 18).

Realizowany projekt badawczy jest próbą analizy związków pomiędzy obrazem ciała a depresyjnością wśród młodzieży. Problem badawczy pracy można ująć w formie pytania ogólnego **Czy i jakie powiązania zachodzą pomiędzy obrazem ciała a depresyjnością wśród młodzieży?**

Podstawą do rozwiązania problemu badawczego będą wyniki badań własnych przeprowadzonych wśród młodzieży gimnazjalnej. W badaniu zostały wykorzystane następujące metody badawcze:

- Skala Depresji CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) L. E. Rodloff i E. Helmes. Wersja zmodyfikowana przez St. Tucholska;
- Skala Oceny Własnej Fizyczności (SOWF) autorstwa K. Zientkowska i St. Tucholska
- Ankieta personalna własnego autorstwa.

Grupę badaną stanowić będą uczniowie szkół ponadgimnazjalnych na terenie miasta Tarnowa. Badani będą uczniowie uczęszczający do wszystkich typów szkół ponadgimnazjalnych: do liceum ogólnokształcącego, szkoły zawodowej oraz technikum.



Zebrany materiał teoretyczny i empiryczny zostanie opracowany w czterech rozdziałach.

Rozdział pierwszy zawierać będzie definicję obrazu ciała oraz koncepcje psychologiczne, które odnoszą się do tematyki rozdziału. Opisane zostaną w nim czynniki podmiotowe, które warunkują obraz ciała, a w tym czynniki fizyczne, kulturowe takie jak płeć, kultura i wpływ mediów na obraz ciała oraz czynniki społeczne.

W rozdziale drugim opisana zostanie historia powstawania jednostki nozologicznej depresji, epidemiologia choroby, rozpowszechnienie depresji w populacji, klasyfikacje medyczne depresji jako jednostki chorobowej oraz typy zespołów depresyjnych. Ponadto opisane w nim zostaną koncepcje teoretyczne depresji oraz czynniki wpływające na powstawanie choroby i sposoby jej leczenia.

Rozdział trzeci będzie opisem metodologii zastosowanej w projekcie badawczym. Znajdować się w nim będą pytania badawcze, hipotezy oraz opisy zastosowanych narzędzi psychologicznych. W trzeciej części pracy zostanie także scharakteryzowana grupa badana na podstawie danych pozyskanych z Ankiety personalnej.

Rozdział czwarty zawierać będzie statystyczną prezentację uzyskanych w badaniu wyników, które opisywać będą związek depresyjności i obrazu ciała w badanej grupie.

Ostatni, piąty rozdział będzie prezentacją typów depresyjności, które wyłonią się w badaniu. W tej części pracy zawarta również będzie odpowiedź na postawione pytania badawcze i weryfikacja hipotez. Ostatnia część niniejszej pracy zawierać będzie zakończenie, bibliografię oraz spis tabel i wykresów.



## ROZDZIAŁ 1. PROBLEMATYKA OBRAZU CIAŁA

W niniejszym rozdziale omówiona zostanie definicja obrazu ciała i zaprezentowane zostaną koncepcje psychologiczne, które odnoszą się do tematyki rozdziału. Ponadto opisane zostaną czynniki podmiotowe, które warunkują obraz ciała a w tym czynniki fizyczne, a także kulturowe takie jak płeć, kultura i wpływ mediów na obraz ciała oraz czynniki społeczne.

### 1.1. Definicje obrazu ciała

Ciało jest przedmiotem zainteresowań naukowych i artystycznych od bardzo dawna. Psychologowie zainteresowali się cielesnością na początku XX wieku. Obecnie kult ciała jest powszechnym sposobem na życie społeczeństw kręgu kultury Europy Zachodniej. Ciało traktuje się jako dobro, które *wymaga serwisu, kontroli i uwagi* (Romaszko, 2007, s. 147). Co więcej, ciało stało się *fundamentalnym polem politycznej i kulturowej działalności* (Turner 1992, s. 12). W naukach społecznych powszechnie używa się terminu “sakralizacja ciała” co świadczy o pozycji cielesności człowieka we współczesnym świecie i wpływie jakie wywiera na jego życie. W połączeniu z postępującym procesem globalizacji, wzrostem konsumpcjonizmu i kryzysem tożsamości- jakość i ilość posiadanych dóbr, jest jednym z fundamentalnych wyznaczników wartości wśród młodych osób. W związku z tym coraz częściej wygląd i prezentacje wizualne stają się najważniejszym kryterium oceny człowieka. Społeczno-kulturowe wzorce kształtują sposób myślenia o sobie i świecie, wyznaczają granice interpretacji doświadczenia, modelują zachowania (Burr, 2003, Józefik, 2014, s. 21)

Obecnie obowiązujący kanon piękna oparty jest na kulturze chudości. Szczupłe ciało uznawane jest za synonim umiaru, panowania nad sobą, sukcesu i aprobaty (Brytek-Matera, 2008 s. 9). Wygląd, który nie pasuje do przyjętych kanonów związany jest z dezaprobatą społeczną albo nawet wykluczeniem. Opresyjność kultury w znacznej części dotyczy ciała kobiet. Jednak współcześnie obserwuje się tendencje do stawiania męskiego ciała w centrum uwagi.

Nauki społeczne stoją na stanowisku, że człowiek nie tylko posiada ciało, ale także nim jest (Józefik, 2014, s. 26). Zatem wszystko czego człowiek doświadcza zakorzenione jest w ciele, a ciało jest podstawą budowania tożsamości i relacji z innymi. Obraz ciała kształtuje się w trakcie rozwoju człowieka. Na jego kształt ma wpływ wiele czynników.

Uporządkowanie kwestii terminologicznych w tematyce obrazu ciała jest zabiegiem dokonywanym przez większość badaczy. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest duża różnorodność, a niekiedy i rozbieżność w rozumieniu oraz interpretacji poszczególnych



terminów. Na potrzeby niniejszej pracy pojęcie obrazu ciała i wizerunku ciała traktowane będą tożsamo i stosowane zamiennie.

Po raz pierwszy pojęciem wizerunek ciała (*body image*) posłużył się w 1950 roku Paul Schilder po około trzydziestu latach zajmowania się problematyką percepcji własnego ciała. Jednak wcześniej na cielesny wymiar Ja zwrócił uwagę Zygmunt Freud (Schier, 2009, s. 10). Schilder rozumiał wizerunek ciała jako obraz własnego ciała, czyli *to jak ciało wygląda dla nas samych*. Nazywał to także autopercepcją, na którą wpływ mają czynniki interpersonalne, środowiskowe i czasowe (Brytek-Matera, 2008, s. 11). Podobnie ciało definiuje Paul Eide, według którego *wizerunek ciała jest systematycznym, poznawczym, afektywnym, świadomym a zarazem nieświadomym wyobrażeniem jakie osoba ma o swoim ciele*. Nabywa je w ciągu własnego rozwoju i w relacjach z innymi (Brytek-Matera, 2008, s. 11). Obraz ciała rozumiany jest także jako *zmysłowy obraz rozmiarów i kształtów ciała, towarzyszą mu uczucia dotyczące całości lub określonych jego części* (Brytek-Matera, 2008, s. 11). Zdaniem Davida Garnera wizerunek ciała to coś więcej niż wygląd zewnętrzny. To umysłowa reprezentacja nas samych, która silnie wiąże się ze stanami afektywnymi oraz aktywnie oddziałuje na zachowanie i emocje. Na wizerunek ciała według autora mają wpływ czynniki fizyczne, interpersonalne i kulturowe (Głębocka i Banach, 2010, s. 175). Obraz ciała zdaniem Garnera może prowadzić do psychopatologii (Głębocka, 2005, s. 11). Z kolei Kevin Thompson twierdzi, że wizerunek własnego ciała jest zinternalizowanym spojrzeniem na własny wygląd, a także przekonaniem o tym jak ciało jest oceniane przez innych i doświadczanymi w związku z tym emocjami. W związku ze znaczącym wzrostem zainteresowania problematyką obrazu ciała badacze wielokrotnie rozszerzali rozumienie tego pojęcia obrazu ciała. W 1999 roku Kevin Thompson wraz ze swoimi współpracownikami zebrał listę szesnastu różnych definicji obrazu ciała używanych przez badaczy i klinicystów (Schier, 2009, s. 30):

1. zadowolenie z ciała (*body satisfaction*),
2. zadowolenie z wagi (*weight satisfaction*),
3. adekwatna percepcja rozmiaru ciała (*size perception accuracy*),
4. zadowolenie z wyglądu (*appearance satisfaction*),
5. ocena wyglądu (*appearance evaluation*),
6. orientacja na własny wygląd (*appearance orientation*),
7. ocena ciała (*body esteem*),
8. zadowolenie z ciała (*body satisfaction*),
9. zaabsorbowanie ciałem (*body concern*),
10. dysphoria ciała (*body dysphoria*),



11. dysmorphia ciała (*body dysmorphia*),
12. schemat ciała (*body schema*),
13. zniekształcenie ciała (*body distortion*),
14. obraz ciała (*body image*),,
15. zaburzenia obrazu ciała (*body image disturbance*)
16. choroba obrazu ciała (*body image disorder*).

Ze względu na różnicowanie rozumienia pojęcia obraz ciała, które z jednej strony odnosi się do obrazu ciała, a z drugiej do schematu ciała, Kevin Thompson wskazuje, że za każdym razem należy określić, które rozumienia pojęcia się przyjmuje (Schier, 2009, s. 32).

Próby uporządkowania definicji obrazu siebie podjął się także Johann Bielfeld. Podzielił konstrukty opisywania cielesności na dwie grupy. W pierwszej ujął pojęcia związane ze schematem ciała. Zaliczył do niej orientację ciała, ocenę wielkości ciała oraz wiedzę o budowie i funkcjonowaniu ciała. Druga grupa pojęć związana jest z obrazem ciała. Johann Bielfeld zaliczył do niej świadomość ciała (psychiczna reprezentacja ciała dostępna świadomości), granice oddzielające ciało od świata zewnętrznego, a także stosunek do ciała, czyli postawy wobec ciała oraz zadowolenie i niezadowolenie z niego (Schier, 2005, s. 152).

Systematyzacji terminów dotyczących obszaru cielesności człowieka podjął się także Karol Meissner. Wyodrębnił trzy pojęcia ściśle związane z cielesnością: **ciało** jako organizm fizyczny, **Ja-cielesne** jako strukturę psychiczną człowieka oraz **obraz ciała**, czyli zbiór wewnętrznych obrazów uporządkowanych w reprezentację własnego ciała (Wiśniewska, 2014, s. 23). Z kolei Joke Brouwers trzy wymiary wizerunku ciała określa jako: fizjologiczny, pojęciowy i emocjonalny. Ten pierwszy przejawia się umysłową zdolnością do wycucia wagi, kształtu rozmiaru ciała. Wymiar pojęciowy dotyczy mentalnego formowania się obrazu własnego ciała. Aspekt emocjonalny to odczucia jakie doświadcza osoba wobec wagi, kształtu i rozmiaru ciała (Brytek-Matera, 2008, s. 13).

Polskie definicje pojęcia odnoszą się w znacznej mierze do doświadczanego wymiaru swojego ciała. Beata Mirucka uznaje, że Ja- cielesne składa się z dwóch aspektów: podmiotowego i przedmiotowego. **Aspekt podmiotowy Ja- cielesnego** to świadomość jednostki jako bytu cielesnego, czyli postrzeganie ciała, dotykanie ciała, myślenie o ciele, czucie ciała, przeżywanie ciała, odbieranie wrażeń z ciała. **Aspekt przedmiotowy** to percepcyjny wizerunek ciała, sposób postrzegania jego rozmiaru czy kształtu. Jest to zbiór doświadczeń ciała. Percepcja własnego ciała może być niezgodna z rzeczywistością, a w skrajnych przypadkach może być źródłem psychopatologii (Mirucka, 2003, s. 218). Alicja Głębocka (2009, s. 20) definiuje wizerunek ciała *jako system przekonań i samoocen o własnym*



wyglądzie (*aspekt poznawczy*), zbudowany w oparciu o zinternalizowane wzorce mody oraz informacje płynące z otoczenia (*aspekt społeczny*), któremu towarzyszą specyficzne emocje (*aspekt afektywny*) oraz zachowania (*aspekt behawioralny*).

Stanisław Kowalik (2003, s. 12) obraz ciała nazywa sposobem myślenia o własnej cielesności, obrazem stworzonym przez ludzki umysł, który zawiera także element oceniające, oraz element antycypacyjne, które umożliwiają przewidywanie położenia ciała po wykonaniu ruchu. Autor także utworzył zbiór możliwych interpretacji terminu Ja- cielesnego i jego zdaniem można mówić o (Kowalik, 2003, s.18):

- neurologicznym schemacie ciała,
- psychologicznym wizerunku ciała,
- granicy oddzielającej ciało od otoczenia,
- poczuciu jedności umysłu i ciała,
- ocenie ciała dokonywanej z perspektywy społecznych standardów.

Innego rozróżnienia aspektów Ja- cielesnego dokonała Eugenia Mandal wraz ze współpracownikami. Wyróżnili oni cztery aspekty Ja- cielesnego: deklaracyjny, sensoryczny, wyobrazeniowy i spostrzeżeniowy. Aspekt deklaracyjny dotyczy wiedzy i opinii na swój temat. Sensoryczny wymiar Ja- cielesnego obejmuje odczucia, które płyną z ciała i ma on związek ze zdrowiem, chorobą, zmęczeniem, głodem, sytością i zmianami fizjologicznymi organizmu. Trzeci aspekt dotyczy sfery poznawczej i jest to skutek przetworzenia treści śladu pamięciowego, który zawiera wizerunek własnego ciała. Ostatnim aspektem wyróżnionym przez tą grupę badaczy jest wymiar spostrzeżeniowy, który porównują do odbicia w lustrze (Mandal i in., 2008, s. 39).

Podsumowaniem analiz definicyjnych rozważań jest ogólna klasyfikacja podejść do problematyki obrazu ciała autorstwa Magdaleny Miotk. Pierwszym podejściem jakie wyróżnia jest obraz ciała rozpatrywany jako poziom zadowolenia z jego kształtu, rozmiaru albo ogólnego wyglądu. Drugim podejściem jakie wyróżnia jest subiektywna koncepcja własnego ciała, oparta w głównej mierze na sądach wartościujących, dotyczących subiektywnie postrzeganego sposobu percepcji własnego ciała przez innych (Miotk, 2003, s. 90). Trzecim aspektem obrazu ciała jakie wyróżnia jest konstrukt o charakterze wielowymiarowym, na który najczęściej składają się: percepcja ciała, postawy wobec ciała, aspekt poznawczy, zachowanie, lęk przed nadwagą, zniekształcenie ciała, niezadowolenie z ciała, wartościowanie ciała, preferencje szczupłej sylwetki czy zaburzenia odżywiania się (Miotk, 2003, s. 90).





Stosunkowo nowy i przejrzysty sposób odróżnienia schematu ciała od obrazu ciała proponuje Maxim Stamenov w swoim opracowaniu. Schemat ciała nazywa on *zbiorem neuronowych reprezentacji ciała i funkcji ciała w mózgu*. Obraz ciała natomiast nazywa *mentalną reprezentację mózgu i jego funkcji*. Dopiero aktywacja schematu ciała w mózgu prowadzi do doświadczenia obrazu ciała (Schier, 2009, s. 33).

Nowoczesna interpretacja obrazu siebie została oparta o teorie rozbieżności Ja E. Tory Hagginsa oraz teorie schematu Ja. Dokonał jej Hanzel Markus. Jego zdaniem obraz ciała można rozumieć jako przeświadczenie o tym, jak aktualnie się wygląda, jak pragnęłoby się wyglądać oraz jak powinno się wyglądać, co wiąże się z doświadczaniem określonych (negatywnych) emocji (występujących w przypadku istnienia rozbieżności pomiędzy stanami Ja) (Brytek-Matera, 2010, s. 72). Z taką interpretacją obrazu ciała koresponduje definicja utworzona przez Orazio Siciliani, Roberta Siani i Mariasole Castellazzi. Wyróżnili oni cztery elementy podstawowe obrazu ciała: ciało idealne, ciało postrzegane (może się różnić od rzeczywistego obrazu), obiektywny kształt ciała oraz obraz ciała społecznie akceptowany w zależności od kontekstu społeczno- kulturowego (Brytek- Matera, 2010, s. 82).

## **1.2. Obraz ciała w wybranych koncepcjach psychologicznych**

Problematyka cielesności człowieka jest obiektem zainteresowania medycyny, psychiatrii, psychologii klinicznej oraz psychoterapii. Na gruncie szerzej rozumianych nauk społecznych, znalazła swoje interpretacje i odniesienia w opracowaniach socjologicznych oraz antropologicznych. W psychologii koncepcje obrazu ciała, procesu jego tworzenia lub rozwoju były wielokrotnie poruszane. Najważniejszymi z nich wydaje się być teoria rozbieżności Ja E. Tory Hagginsa, teoria schematów Ja H. R. Markusa, psychoanalityczny model reprezentacji ciała według Davida Krugera oraz poznawczo- behawioralny model rozwoju obrazu ciała autorstwa Thomasa Cash'a.

### **1.2.1. Teoria rozbieżności Ja E. Tory Hagginsa**

Teoria Torego Hagginsa opisuje relacje pomiędzy poznawczymi a emocjonalno-motywacyjnymi aspektami Ja. Autor wyróżnia przedmiotowy i podmiotowy aspekt Ja. Na przedmiotowy aspekt składają się trzy obszary Ja: realny, idealny i powinnościowy. Ja realne to reprezentacje poznawcze cech, którymi osoba aktualnie się charakteryzuje. Treścią Ja idealnego są reprezentacje poznawcze cech, którymi osoba chciałaby się charakteryzować. Związane są one z nadziejami, aspiracjami lub życzeniami w odniesieniu do własnej osoby. Na



Ja powinnościowe składają się reprezentacje poznawcze cech, którymi osoba powinna się charakteryzować, gdyż wiąże się to z jej poczuciem obowiązku, zobligowania odpowiedzialności (Bąk, 2002, s. 41). Podmiotowy wymiar to treść danego stanu Ja. Higgins rozróżnia dwie możliwe perspektywy. Pierwszą jest własny punkt widzenia, który dotyczy własnych, osobistych wyobrażeń i przekonań na swój temat. Drugą możliwą do przyjęcia perspektywą jest punkt widzenia innych osób. Są to wyobrażenia jednostki (nie zawsze zgodne z prawdą), o tym jak postrzegana i oceniana jest przez innych. Bardzo ważną rolę w tym odgrywają tzw. znaczący inni, czyli rodzice, rodzeństwo, partner, przyjaciel itp. (Bąk, 2002, s. 41). Biorąc pod uwagę powyższe wymiary i aspekty, możliwe jest zaistnienie sześciu różnych stanów, na które składają się poszczególne elementy:

1. Ja realne formułowane z własnej perspektywy.
2. Ja realne formułowane z perspektywy osób znaczących.
3. Ja idealne formułowane z własnej perspektywy.
4. Ja idealne formułowane z perspektywy osób znaczących.
5. Ja powinnościowe formułowane z własnej perspektywy.
6. Ja powinnościowe formułowane z perspektywy osób znaczących.

Pierwsze dwa element, czyli cechy, które zgodnie z własnym przekonaniem osoby charakteryzują ją oraz cechy, które zgodnie z własnym przekonaniem osoby inni jej przypisują, tworzą koncepcję obrazu siebie (Brytek-Matera, 2008, s. 43). Pozostałe cztery elementy pełnią funkcję standardów Ja. Mają one wpływ między innymi na kształtowanie się samooceny i pośredniczą w procesach motywacyjnych.

System Ja zależy od relacji a ściślej mówiąc od rozbieżności jakie zachodzą pomiędzy poszczególnymi jego stanami. Rozbieżność z Ja idealnym z własnej perspektywy może prowadzić do niezadowolenia, rozczarowania, zniechęcenia, przygnębienia, smutku i frustracji potrzeb. Rozbieżność w obrębie Ja idealnego z perspektywy osób znaczących może wywołać uczucie wstydu, zakłopotania lub przygnębienia. Spowodowane to jest z przekonaniem osoby o tym, że nie spełnia oczekiwań ważnych dla siebie osób. Wiąże się to także ze zmartwieniem, gdyż osoba ma przeświadczenie o utracie uznania i podziwu innych. Rozbieżność pomiędzy Ja powinnościowym formułowanym z własnej perspektywy może skutkować poczuciem winy, niską samooceną, albo chęcią ukarania siebie. Jest to poczucie braku spełniania własnych standardów powinnościowych. Ostatnią możliwą rozbieżnością jest rozbieżność Ja powinnościowego formułowanego z perspektywy innych. Taki stan rzeczy może skutkować strachem, lękiem i poczuciem zagrożenia (Brytek-Matera, 2008, s. 44). Edward Tory Higgins twierdzi, że rozbieżności, które powstają z perspektywy osób znaczących mają bardziej



negatywne konsekwencje. Wiąże się to z niskim poczuciem kontroli standardów, które pochodzą z zewnątrz. Badania dowodzą, że im większa rozbieżność pomiędzy dwoma stanami Ja, tym silniejsze emocje przeżywa osoba. Stany Ja rozwijają się na różnym poziomie u różnych osób. U osoby, która ma silniej rozwinięte Ja idealne niż Ja powinnościowe, częściej przeżywane są emocje o charakterze depresyjnym (smutek, przygnębienie, zniechęcenie czy niezadowolenie). Spowodowane jest to silną orientacją na idealne standardy i częstym przeżywaniem rozbieżności pomiędzy tym jaka jest osoba a jaka chciałaby być. Osoby o silnie rozwiniętym Ja powinnościowym częściej doświadczają emocji lękowych (niepokój, napięcie, zdenerwowanie, poczucie winy), co ma swoje źródło w doświadczaniu rozbieżności między tym jaka osoba jest a jaka powinna być (Brytek-Matera, 2008, s. 44).

### **1.2.2. Teoria schematów Ja według Hazel R. Markus**

W koncepcji sformułowanej przez Hazel R. Marcusa, który opiera się na teorii rozbieżności Ja Higginsa na schemat Ja składają się cechy, które przybierają niepowtarzalną konfigurację. Osoba ocenia je jako odpowiadające jej schematowi Ja. Mają one także wysoki poziom istotności ze względu na inne czynniki. Cechy o których mowa są rozpoznawane i szybko przywoływane z pamięci. Można uznać, że istnieje do nich większa dostępność poznawcza u jednostki. Zbiór cech tworzy schemat Ja. Wyróżnianie się spośród innych nadaje schematowi Ja sens. Dzieje się tak na podstawie obserwacji zachowania i reakcji innych ludzi. Ciało jest jednym z elementów, które są obserwowane i oceniane przez innych w tym procesie. Dzieje się tak pomimo niechęci jednostki. Schemat ciała, często zaznaczany przy okazji teorii procesów poznawczych, mówi generalnie o tym, że istnieje pewna poznawcza struktura pozwalająca na interpretacje informacji o własnym wyglądzie. Badania potwierdziły, że informacje odnoszące się do wizerunku własnego ciała są aktywowane podobnie do innych schematów (Głębocka i Kulbat, 2005, s. 26).

### **1.2.3. Psychoanalityczny model reprezentacji ciała według Davida Krugera**

Psychoanalityczne rozważania na temat reprezentacji ciała stosunkowo niedawno rozbudował David W. Kruger. Przyjął on, że ciało i jego rozwijająca się reprezentacja umysłowa stanowią podwaliny poczucia siebie (Schier, 2009, s. 11). Ja cielesne zdaniem Kruegera obejmuje trzy wymiary: psychiczne doświadczanie wrażeń cielesnych, doświadczanie funkcji ciała i obraz ciała.



Zdaniem autora rozwój Ja cielesnego ma charakter ciągły, jednak w trakcie tego procesu następują po sobie kolejno trzy etapy. Pierwszym z nich jest wczesne psychiczne doświadczanie ciała. Etap ten przypada na pierwsze tygodnie życia. Jest to najbardziej prymitywne poczucie Ja. Doświadcza go dziecko, które uczy się różnicować odczucia- te z wnętrza ciała i te z zewnątrz. Dotyk w pierwszym okresie życia jest podstawowym źródłem informacji, służy on także do komunikowania się. Bardzo ważnym elementem tego procesu jest dostrojenie się w relacji matki i dziecka. Polega ono na empatii, odzwierciedlaniu uczuć i jest podstawą budowania więzi psychicznych (Schier, 2009, s. 12). Rozwój tych więzi pozwala na budowanie jedności pomiędzy Ja cielesnym a Ja psychicznym. Brak adekwatnych reakcji ze strony opiekuna prowadzi do konieczności poszukania przez dziecko w przyszłości punktu odniesienia i źródeł odzwierciedlania na zewnątrz (Schier, 2009, s. 13). Prowadzi to w przyszłości do powstawania chorób psychosomatycznych, nadmiernego zaabsorbowania ciałem, a także różnego rodzaju stymulacji czy okaleczeń.

Drugim etapem rozwoju Ja cielesnego jest okres od pierwszych miesięcy życia dziecka do około drugiego roku życia. Wtedy dziecko odkrywa granice swojego ciała i różnicuje źródło doznań. Budowanie granic ciała pozwala na wyznaczanie psychicznej reprezentacji tego co należy i nie należy do Ja. Wiąże się to z nadawaniem znaczenia różnym doznaniom przez dziecko. Ma także znaczenie w procesie odróżniania przeżywanych emocji od stanów fizycznych (Wiśniewska, 2014, s. 87). Na tym etapie rozwoju również bardzo ważna jest obecność i budowanie prawidłowych relacji z dzieckiem przez opiekuna.

Trzeci etap rozwoju Ja cielesnego według Davida Kruegera przypada na czas pomiędzy piętnastym a osiemnastym miesiącem życia. Dziecko uczy się swojego ciała, oswaja się z jego poszczególnymi częściami, przechodzi trening czystości. Według Davida Kruegera dopiero możliwość dokonywania refleksji nad swoją cielesnością, umiejętność rozpoznawania, przyczyni kontroli swojego stanu. Również świadomość subiektywności w odbiorze rzeczywistości umożliwiają integrację Ja cielesne i psychiczne (Wiśniewska, 2014, s. 88). Zmiany w obrębie Ja cielesnego zdaniem Kruegera mogą zachodzić przez całe życie, choć sama struktura jest ukształtowana już wieku sześciu lat. Zmiany w obrębie Ja cielesnego ściśle wiążą się ze zmianami w wyglądzie. Dlatego też okres adolescencji jest bardzo ważnym momentem w rozwoju Ja cielesnego. Wtedy też wymiar Ja zostaje poszerzony o przeżywanie własnej płciowości.

#### **1.2.4. Poznawczo- behawioralny model rozwoju obrazu ciała Thomasa Casha**

Model przedstawiony przez Thomasa Cahsa jest wielowymiarowy. Autor powołuje się w nim na wpływy historyczne i rozwojowe w kształtowaniu obrazu ciała. Dotyczy to przede



wszystkim treści kulturowych, które odnoszą się do ciała, czyli: ideału szczupłej sylwetki, fizycznych atrybutów płci męskiej i żeńskiej, kontaktów z innymi (szczególnie rodzicami i rówieśnikami), kształtu i rozmiaru ciała, czynników osobowościowych. Zdaniem Thomasa Casha takie cechy jak samoocena, perfekcjonizm, samoświadomość czy pewność siebie mają znacznie w doświadczaniu własnego ciała (Brytek-Matera, 2008, s. 17). Thomas Cash opisał również czynniki, które jego zdaniem mają wpływ na stopień inwestowania w swoje ciało oraz jego ocenę. Zdaniem autora należą do nich: zainteresowanie wyglądem i działania podejmowane w związku z tym, wewnętrzny dialog na temat wizerunku własnego ciała, rozumowanie emocjonalne, wydawanie osądów, personalizacja i generalizacja, strategie i zachowania podejmowane w związku z samoregulacją, poszukiwanie wsparcia społecznego, strategie podejmowane w celu zmniejszenia dyskomfortu psychicznego. Thomas Cash w swojej pracy nad modelem rozwoju obrazu siebie wiele miejsca poświęcił na wyjaśnianie zaburzeń odżywiania. Jego zdaniem zakłócony obraz ciała, czyli nic innego jak swoisty błąd interpretacyjny dotyczący obrazu własnego ciała jest źródłem zaburzeń. Inni badacze wskazują także, że niektóre zachowania wręcz determinują błędy poznawcze w postrzeganiu własnego ciała u niektórych osób (Brytek-Matera 2008, s. 18). Do błędów tych zalicza się: efekt skupienia uwagi, czyli pominięcie niektórych danych przy wydawaniu osądów, wybiórczą pamięć, interpretacje, wyolbrzymianie rozmiarów własnego ciała oraz skrajne dążenie do posiadania szczupłej sylwetki. Z kolei takie bodźce jak lęk przed otyłością, nadmierna koncentracja na wyglądzie ciała czy perfekcjonizm wywołują reakcje spustowe i uaktywniają schemat ciała. Prawdopodobieństwo wystąpienia błędu poznawczego zwiększa się, jeżeli osoba doświadcza negatywnych emocji w związku ze schematem swojego ciała. Aktywacja negatywnych emocji uruchamiana jest przez błędy poznawcze

Anna Brytek-Matera (Brytek- Matera, 2008, s. 18) w swojej książce opisując wieloczynnikowy model rozwoju obrazu siebie przywołuje analizę koncepcji Thomasa Casha. Sygnalizuje, że na podstawie modelu opracowanego przez Thomasa Casha, Williamson proponuje kilka hipotez, które adaptują poznawczo- behawioralny model obrazu ciała. Po pierwsze na błędy poznawcze a w tym wizerunku ciała narażone są w szczególności osoby, których waga jest w normie lub ją przekracza i dodatkowo nadmiernie koncentrują się na kształcie i wymiarach swojego ciała. Po drugie błędy poznawcze mogą być mniej lub bardziej trwałe, a ich występowanie zależy od sytuacji i stanów emocjonalnych. Po trzecie osoby, które zaabsorbowane są własnym wyglądem częściej są narażone na występowanie błędów poznawczych i zaburzeń obrazu ciała. Ponadto osoby te najczęściej aktywizują błędy poznawcze w sytuacjach związanych z ciałem lub jedzeniem.



Thomas Cash przez wiele lat zajmował się badaniami nad wizerunkiem ciała. Nakreślił on też dalszą ścieżkę badawczą nad obrazem własnego ciała. Jego zdaniem w przyszłości należy się skupić na kwestiach teoretycznych, badawczych oraz klinicznych. Alicja Głębocka wymienia w swojej pracy, że przede wszystkim jest to skierowanie się ku: perspektywie rozwojowej, metodach badania, różnicach indywidualnych i kulturowych, wpływie czynników psychospołecznych, zmianach spowodowanych interwencjami chirurgicznymi, zaburzeniach i dysfunkcjach (Głębocka, 2005, s. 107). Model poznawczo- behawioralny od około dwudziestu lat ujmuje ciało w szerszym kontekście- nie tylko wyglądu, ale i kondycji fizycznej, doznań płynących z ciała oraz podejściem do zmian zachodzących w ciele.

### 1.3. Uwarunkowania obrazu ciała

Badacze wielokrotnie odwoływali się do czynników, które mają wpływ na kształtowanie się i zmianę obrazu siebie. Najczęściej wymienianymi w literaturze przedmiotu grupami czynników są: czynniki fizyczne, czynniki kulturowe oraz czynniki społeczne.

#### 1.3.1. Uwarunkowania podmiotowe

Grupa czynników fizycznych, które warunkują kształtowanie się obrazu ciała jest stosunkowo obiektywna. Oznacza to, że takie czynniki jak: waga, wskaźnik BMI oraz kształt ciała są mierzalne, a co za tym idzie umożliwiają realną ocenę ciała (patrz, Tabela 1.3.1.).

Tabela 1.3.1. Zakresy wartości BMI

Wartość wskaźnika BMI	
< 16	wyglodzenie
16- 16,99	wychudzenie
17- 18, 49	niedowaga
18,5- 24,99	wartość prawidłowa
25,0- 29,99	nadwaga
30,0- 34,99	otyłość I stopnia
35,0- 39,99	otyłość II stopnia (otyłość kliniczna)
>40,0	otyłość III stopnia (skrajna otyłość)

Źródło: [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) (data odczytu 29.09.2016 r.).

Czynnikiem, który łączy w sobie wagę (czynnik fizyczny) i płeć (czynnik kulturowy) jest wskaźnik BMI do pomiaru tkanki tłuszczowej w organizmie. Wskaźnik BMI (*Body Mass Index*) został opracowany przez Jaquesa Queteleta i jest to stosunek wagi do wzrostu. W założeniu autora masa ciała jest proporcjonalna do kwadratu wysokości ciała, gdzie jednostką



wagi jest kilogram, a jednostką wzrostu metr. Za prawidłową masę ciała uznaje się tę, która we wskaźniku BMI mieści się w przedziale od 18,5 do 24,9. Wartości wskaźnika BMI poniżej normy nazywane są niedowagą, a powyżej nadwagą i kolejnymi stopniami otyłości.

Rozpowszechnienie wskaźnika BMI jest bardzo duże. Przyjmowanie norm wskazanych przez Jaquesa Queteleta często zdaniem naukowców jest nadużywane. Zwraca na to uwagę między innymi Lidia Wiśniewska, która powołując się na klasyfikację WHO oraz wcześniej przyjęte normy zaznacza, że wartość BMI 18,5 może wskazywać na wychudzenie (Wiśniewska, 2014, s. 31). Inni autorzy wskazują, że założenie przedziału prawidłowego wskaźnika BMI może być uznane za poprawne u dorosłych (aczkolwiek są liczne odstępstwa), ale nie u dzieci i młodzieży. U dzieci i młodzieży zmienia się to w przebiegu rozwoju. Oznacza to, że w przebiegu wzrastania BMI nie odzwierciedla rzeczywistych proporcji masy do wysokości ciała (Stupnicki, 2015, s. 42). Należy bowiem zaznaczyć, że masa ciała nie jest jednoznaczna z oznaczeniem zawartości tkanki tłuszczowej. Dlatego zdaniem Romualda Stupnickiego powszechnie stosowany wskaźnik BMI nie nadaje się do tego celu, gdyż nie odzwierciedla należycie zawartości tkanki tłuszczowej (Stupnicki, 2015, s. 46).

Wskaźnik BMI jest bardzo często wykorzystywany w badaniach nad obrazem ciała. Liczne przykłady w literaturze podają, że wskaźnik BMI jest predyktorem w ocenie własnego ciała w kulturze Zachodu. Wyniki tych badań nie są jednoznaczne, gdyż jedne wskazują na to, że osoby sklasyfikowane na podstawie wskaźnika jako otyłe przeżywają więcej negatywnych emocji dotyczących ich ciała niż inne osoby (Wiśniewska, 2014, s. 31). Z kolei inne badania przywołane przez autorkę dowodzą, że kobiety otyłe idealizują swoje ciało. W większości jednak osoby otyłe są niezadowolone ze swojego ciała, mają przekonanie, że ich ciało jest wstrętne i wywołuje u innych obrzydzenie. Takie osądy występują bez względu na wiek badanych. Wiele lat traktowano wagę jako czynnik, który odpowiada za poczucie zadowolenia z ciała (Wiśniewska, 2014, s. 33). Późniejsze badania wskazują jednak, że wzrost satysfakcji z ciała następuje tylko w początkowych fazach stosowania diety i pojawia się tuż po pierwszych efektach jej stosowania. Przytycie powoduje wzrost negatywnego nastawienia do ciała (Wiśniewska, 2014, s. 33). Choć literatura wskazuje na związek wagi z percepcją własnego ciała, to związek ten nie jest do końca jasny.

Analizę kanonów piękna kobiecego ciała przy użyciu wskaźnika BMI przeprowadziła Anna Brytek-Matera w swojej monografii (Brytek-Matera, 2008, s. 33- 39). Według autorki w Starożytności za wzór kobiecego ciała stawiano sylwetkę bogini Afrodyty. Jej wymiary ciała były zgodne z klasycznym kanonem piękna, a wskaźnik BMI wynosił 24, 5 i mieścił się w górnej granicy przyjętej normy. Z kolei Średniowiecze stanowczo odwróciło swoją uwagę od



cielesności na rzecz rozwoju życia duchowego. Umartwienie ciała, skutkowało kultem smukłej, wręcz chłpięcej sylwetki. Wszelkie symbole erotyczne pozostawały skrywane, a eksponowanie ich było bardzo źle widziane. Średniowieczna dama według badaczki miała zaledwie 14,7 wartości wskaźnika BMI co uznawane jest za wygłodzenie w dzisiejszych czasach.

Tabela 1.3.2. Pożądane BMI na przestrzeni wieków w europejskiej kulturze

	wzrost [cm]	waga [kg]	biust [cm]	talia [cm]	biodra [cm]	BMI
Afrodyta	175	75	90	70	100	24,5
Średniowieczna dama	165	40	85	60	80	14,7
Kobieta w Baroku	170	100	110	100	140	34,6
Chłopczyca z lat 20. XX w	170	45	75	55	85	15,6
Marlin Monroe	168	65	96	59	91	23,0
Twiggy	165	40	79	56	81	14,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Brytek- Matera, 2008, s. 33-39.

Renesans skierował wszystkie kierunki nauki i sztuki ku człowiekowi. Humanisci w sposób ludzki podchodzili do ciała, które nazywali świątynią ducha. Po latach pokoju i rozkwitu kultury nadszedł głód, niedostatek i ciągle zagrożenie. Barok, o którym mowa zwrócił się ku cielesności i uciechom z ciała płynącym. Na salonach królowała otyłość. Była wówczas synonimem obfitości, piękna i bogactwa. Stanowiła gwarancję płodności, dojrzałości seksualnej i zdolności przetrwania głodu na wypadek wojny. Kobiety Baroku według dzisiejszych norm były na granicy otyłości I i II stopnia, gdyż ich wskaźnik BMI wynosił 34,6.

Wiek XIX z kolei rozpoczął nową modę. Pożądaną sylwetką kobiety stała się tzw. „talia osy”, a niezbędnym do tego narzędziem był gorset. Biust i biodra w przekonaniu społecznym nadal miały pozostać duże. „Talia osy” zapoczątkowała modę na coraz szczuplejszą sylwetkę. W latach dwudziestych XX wieku królował kult na kobiety kościste bez bioder i biustu. Ówczesna chłopczyca, bo tak nazywa się symbol kobiecości tamtych czasów, posiadała bardzo niski wskaźnik BMI, bo wynosił on zaledwie 15,6 i według współczesnych norm wskazuje na wychudzenie. Moda na chłopczycę nie trwała jednak długo. Wojenna zawierucha na nowo zwróciła się ku kobietom o bardziej obfitych kształtach. Najmodniejszą wtedy sylwetką stała się klepsydra. Między innymi dzięki tej modzie zaistniała w latach pięćdziesiątych Marilyn Monroe, która do dnia dzisiejszego uznawana jest za symbol seksu. Wskaźnik BMI Marilyn





Monroe wynosi 23 i znajduje się pośrodku przedziału uznawanego dziś za normę. Od lat sześćdziesiątych XX wieku na salony wkroczył kult szczupłej sylwetki zapoczątkowany przez Twiggy. Jej BMI było o wiele niższe niż wcześniejszej ikony kina, wynosiło 14,7. Co ciekawe, wynosi ono dokładnie tyle ile wskazywał kanon piękna w Średniowieczu. Jednak czynniki wpływające na tą modę zupełnie się różnią. Po dzień dzisiejszy najbardziej pożądaną sylwetką w świecie mody i show biznesu pozostaje szczupła figura. W literaturze często ciało współczesnej kobiety porównywane jest do ciała mężczyzn (w przypadku modelek).

Jednak opisując fizyczne czynniki wpływające na obraz ciała nie sposób wspomnieć o kształcie ciała. Jest to drugi czynnik, który w sposób obiektywny pozwala określić ciało człowieka. Na podstawie tego czynnika zostało utworzone narzędzie do pomiaru poznawczego komponentu obrazu ciała. Test sylwetek autorstwa Thomsona i Gray z 1995 roku, jest ilustracją dziewięciu sylwetek ciała kobiety lub mężczyzny, które uporządkowane są od bardzo szczupłej do grubej sylwetki. Test może być wykorzystywany do badania rozbieżności Ja według koncepcji Higginsa (osoba badana wskazuje Ja realne, ja idealne i Ja powinnościowe) (Brytek-Matera, 2010, s. 73).

Stereotypy funkcjonujące w kulturze zachodniej w dużej mierze określają znaczenie ciała i odnoszą się do jego kształtu. Otóż rozumienie słowa szczupły i gruby mają jednoznaczne konotacje, które utrwalane zostały na przestrzeni wieków. Zdaniem naukowców badania ilościowe i jakościowe potwierdzają, że chudość we współczesnej kulturze jest synonimem sukcesu, a otyłość wręcz przeciwnie. Stereotyp chudości zakłada, że osoba, której kształt ciała można określić w ten sposób, kojarzona jest z sukcesem, kontrolą, atrakcyjnością i wolnością. Osoby otyłe najczęściej określane są negatywnie. Przypisywane są im takie cechy jak niepowodzenie, niepopularność, lenistwo, nieatrakcyjność oraz przejadanie się i stan zawiniony przez siebie (Ogden, 2011, s. 87). Kontrola utożsamiana ze szczupłością oznacza, że osoba potrafi kontrolować swój stan wewnętrzny, co jest równoznaczne z psychicznym zrównoważeniem (Ogden, 2011, s. 89). Wolność rozumiana jest tu jako uwolnienie się od klasy społecznej, co jako pierwsze zostało zauważone w latach sześćdziesiątych, gdy wychudzone modelki uosobiły zerwanie jednostki z ograniczeniami społeczeństwa klasowego (Ogden, 2011, s. 90).

Drugim znaczeniem wolności w kontekście chudego ciała jest symboliczne uwolnienie się od reprodukcji. Bordo wskazuje, że bardziej andrógoniczne ciało może symbolizować wolność od przeznaczenia reprodukcyjnego oraz kobiecości postrzeganej jako ograniczająca, tłamsząca konstrukcja społeczna (Bordo, 1990, s. 105). W kontekście chudości o sukcesie mowa jest jako przeciwległym biegunie otyłości. Otyłość kojarzona jest z lenistwem, brakiem



dyscypliny, niechęci do dostosowania się oraz braku cech umożliwiających awans społeczny (Bordo, 1990, s. 95). Negatywne oceny otyłości tłumaczone są przede wszystkim jako efekt nadmiarowego jedzenia i stan zawiniony. Zatem ponieważ nadwaga jest uważana za winę jednostki, powiązane z nią cechy są odzwierciedleniem przekonania, że jest to coś, czego można uniknąć (Odgen, 2011, s. 92).

W badaniach nad obrazem ciała można także zauważyć znaczną koncentrację badanych na kształcie i rozmiarach swojego ciała. W badaniach przeprowadzonych przez Granera w 1997 roku, zaledwie 16% kobiet i 15% mężczyzn dostrzegało znaczenie twarzy dla globalnej oceny wizerunku ciała. Okazało się, że osoby badane największą wagę przywiązywały do kształtu sylwetki, która miała być szczupła i umięśniona (Głębocka, Banach, 2010, s. 175). W przypadku oceny sylwetki przez kobiety można mieć wątpliwość czy przekłada się ona na ocenę obrazu ciała, gdyż kobiety mają tendencję do "kawałkowania" swojego ciała- oceniają one poszczególne części ciała osobno. Najczęściej są niezadowolone ze zbyt szerokiej talii, za krótkich nóg i zbyt małego biustu (Głębocka, Banach, 2010, s. 176). Badania wskazują także, że większość kobiet nie jest zadowolona z własnego ciała. Wyniki badań przeprowadzonych przez Bordo na początku XXI wieku na grupie trzydziestu trzech tysięcy kobiet jednoznacznie ukazują tę prawidłowość. Otóż trzy czwarte kobiet, które wzięły udział w badania określiły siebie jako "za tłuste". Zaledwie jedna czwarta z tej grupy miała nadwagę, natomiast jedna trzecia z nich miała wskaźnik BMI w przedziale odpowiadającym za niedowagę (Józefik, 2014, s. 35).

### 1.3.2. Uwarunkowania społeczne

Grupa czynników kulturowych na które składa się z jednej strony dorobek kultury i nauki na przestrzeni wieków, a z drugiej znaczenie płci i ról odgrywanych przez kobiety i mężczyzn, a także wzorce przekazywane z pokolenia na pokolenie, zmiany społeczno-kulturowe, media, które je rozpowszechniają, jest bardzo szeroka. Kultura rozumiana tu jest według definicji Piotra Sztompki (2007, s. 255) jako sposób życia charakterystyczny dla danej zbiorowości, na który składają się wzory działania, myślenia i wyposażenia materialnego. W literaturze najszerzej zbadanym pod kątem obrazu ciała jest europejski i anglo-amerykański krąg kulturowy. Ten pierwszy charakteryzuje się mocnymi wpływami Antyku i wartości chrześcijańskich, natomiast drugi z nich mocno osadzony jest na indywidualnych prawach jednostki z rozwiniętymi społecznościami lokalnymi, innowacjami, przedsiębiorczością i kulturą masową.



Socjolodzy podkreślają, że dzisiejsze czasy charakteryzują się kultem ciała. Zdaniem Chrisa Shilinga, autora „Socjologii ciała” to właśnie ono wraz z wielością swoich społecznych i kulturowych znaczeń przesunęło się do samego centrum naukowych analiz (Shilling, 2010, s. 11). Jednym z powodów jest „mit piękna”, o którym pisze Naomi Wolf (Wolf, 2008, s. 104). Zdaniem publicystki jest to jeden ze sposobów uprzedmiotowienia kobiety w patriarchacie w celu jej kontrolowania. Manifest Wolf, wpisującej się w trzecią falę feminizmu jako ograniczenie nałożone na kobiety przez kulturę patriarchy. Jest to jej zdaniem zatrzymanie kobiety w pozycji podporządkowanej i udomowieniu (Wolf, 2008, s. 108). Przekaz kulturowy jest prosty: kontrolujesz swoje życie w takim stopniu jak swoje ciało.

### **Płeć**

Różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami są widoczne z punktu widzenia budowy anatomicznej, oczekiwań społecznych, podejmowanych ról i ogromnej ilości stereotypów. Dzisiejsze opracowania naukowe najczęściej podejmują temat opresyjności kulturowej skierowanej na kobiece ciało. Jednak zdaniem Zbyszko Melosika (2006, s. 24) współczesny mężczyzna jest, podobnie jak kobieta, tyranizowany tysiącami medialnych przekazów nakazujących mu nieustanne monitorowanie swojego ciała i poszukiwanie oznak jego nieadekwatności (jako skutek porównywania się z pięknymi modelami z reklam i ekranów). Badacze podjęli się także badania nad częstotliwością przekazów medialnych, jakich doświadcza człowiek. Przeciętny amerykański telewidz, co roku ogląda około pięć tysięcy przekazów, które definiują ideał kobiecego ciała (Bereza, 2010, s. 47). Ideał męskiego ciała również został zdefiniowany. Obejmuje on szczupłość i muskulaturę jednocześnie, wąskie biodra, płaski brzuch, dobrze zbudowaną klatkę piersiową i szerokie ramiona. Jednak wymogi stawiane męskiemu ciału są niższe niż te stawiane kobietom. Zdaniem badaczy są one mniej złożone i przez to łatwiejsze do spełniania (Bereza, 2010, s. 47).

Ideał kobiecego ciała został opisany powyżej, jednak szczupła sylwetka, wydatny biust i długie nogi wielokrotnie wymieniane są w licznych opracowaniach naukowych, jako te najważniejsze atrybuty kobiecego ciała. Posiadanie idealnego ciała wiąże się z gratyfikacją społeczną w postaci sympatii ze strony innych, lepszego traktowania, przypisywania większej ilości pozytywnych cech, a to z kolei przekłada się na życie towarzyskie, sukces zawodowy i osobisty. Badania wskazują, że osoby szczupłe są lepiej oceniane przez potencjalnych pracodawców i mają większą szansę na odniesienie sukcesu. Internalizowane przez kobiety i mężczyzn normy socjokulturowe dotyczące ciała, mają odzwierciedlenie w ich systemach wartości (Ostrowska, 2010, s. 109). Zatem wnioskując można przyjąć, że postawy wobec osób



szczupłych i postrzeganych przez obowiązujące wzorce kulturowe jako atrakcyjnych, kształtują postrzeganie własnego ciała u poszczególnych osób.

Pomimo presji kulturowej stawianej kobietom i w mniejszym stopniu mężczyznom, wytworzenie pozytywnego albo negatywnego obrazu ciała przebiega u nich nieco inaczej. Punktem wspólnym w kształtowaniu obrazu siebie u kobiet i mężczyzn są czynniki interpersonalne i emocjonalne. Zdaniem Alicji Głębockiej różnica zachodzi we wpływie czynników fizycznych na wizerunek siebie. Otóż zdaniem Alicji Głębockiej (2010, s. 175) poczucie bycia szczupłym, akceptacja własnego ciała oraz odpowiednie ubranie są zdecydowanie ważniejsze dla kobiet. Kobiety także zdaniem autorki są bardziej wrażliwe na czynniki, które odpowiadają za kształtowanie negatywnego obrazu ciała. W obszarze obrazu ciała większość kobiet odczuwa głębokie poczucie niedoskonałości swojego ciała, co wyzwała w nich poczucie wstydu i wstyd (Józefik, 2014, s. 28).

Ciało coraz częściej postrzegane jest jako element tożsamości człowieka. Badacze wskazują, że tożsamość niejednokrotnie jest zrównywana z ciałem o czym pisze Zbyszko Melosik (2010, s. 19). Jego zdaniem człowiek tworzy swoją tożsamość poprzez budowanie wizualnego wizerunku swojego ciała (zgodnie z normami wynikającymi z obowiązującego kształtu wiedzy/ władzy (Melosik, 2010, s. 19). Uzasadnieniem tego zjawiska jest między innymi teoria uprzedmiotowienia autorstwa Barbary Fredrickson i Tomi-Ann Roberts. Zakłada ona, że dziewczęta i młode kobiety obserwują innych ludzi, co powoduje rozwój własnego Ja u nich. Obserwacje te zachodzą w dwie strony- kobiety obserwują i są obserwowane- w sytuacjach codziennych oraz poprzez środki masowego przekazu. Teoria ta podkreśla, że kobieta jest obiektem ocenianym przez pryzmat własnego ciała, a nie zdolności czy umiejętności. Skutkiem tego jest redukcja przez kobiety własnego Ja do wyglądu fizycznego. Konformizm w przyjmowaniu norm społeczno-kulturowych dotyczących kobiecego ciała przez kobiety może stać się z kolei początkiem samouprzedmiotowienia (Brytek-Matera, 2010, s. 69). Liczne badania, na które powołuje się w swoim opracowaniu Anna Brytek-Matera (2010, s. 70) pokazują, że istnieje zależność pomiędzy samouprzedmiotowieniem a wstydem własnego ciała, lękiem związanym z wyglądem, niezadowoleniem z ciała, depresją, dysfunkcjami seksualnymi oraz zaburzeniami dotyczącymi postaw i zachowań żywieniowych, jak i również z zaburzeniami odżywiania. Samouprzedmiotowienie wpływać może także na rozumienie i reagowanie na sygnały płynące z własnego ciała. Przejawia się to trudnością w rozpoznawaniu stanów emocjonalnych, ale także nadmierną troską o wygląd zewnętrzny.



Ciało jako rdzeń tożsamości kobiet, o czym pisze Barbara Józefik (2014, s. 31) podlega ciągłym ocenom. Dostosowywanie swojego ciała do norm przyjętych w kulturze niesie za sobą powinność poddawania ciała licznym zabiegom: dietetycznym, kosmetycznym, fizycznym i chirurgicznymi. Poddawanie swojego ciała takim zabiegom ma różne funkcje. Może być traktowane jako rytuał przejścia do dorosłości, może definiować tożsamość poprzez przyjęcie określonej estetyki, informuje o statusie społecznym i ekonomicznym, jest też sposobem rywalizowania kobiet pomiędzy sobą. Zdaniem psychologów jest to także sposób na realizację narcystycznych potrzeb albo zwiększanie poczucia kontroli nad własnym życiem.

Z jednej strony poddawanie się opresyjności dotyczącej ciała kobiety interpretowane jest jako podważenie samooceny i zawężenie aspiracji życiowych (Józefik, 2014, s. 33), a z drugiej strony nurt feministyczny uzasadnia kulturę chudości chęcią wyzwolenia seksualnego, czyli oddzieleniem seksualności kobiety od funkcji prokreacyjnej. To z kolei interpretowane jest przez naukę jako przejaw męskiej niezależności w wykonaniu kobiet. Jednakże zdaniem Naomi Wolf konieczność podejmowania nieustannego i niekończącego się wysiłku w celu uzyskania, a następnie utrzymania niskiej wagi podtrzymuje zależność i jest odległa od "rzeczywistego upodmiotowienia" (Wolf, 2008, s. 107).

Dotychczasowe rozważania dotyczą społecznego odbioru i presji wywieranej na ciało. Ważnym elementem, który niejako uzasadnia zaistniały stan rzeczy, jest konstrukt płci kulturowej (obok płci biologicznej). Termin ten został wprowadzony pod koniec lat sześćdziesiątych przez psychiatrę Roberta Stollera. Rozróżnił on płć biologiczną i to, że fakt bycia kobietą i bycia mężczyzną w sensie biologicznym nie jest tożsame z kobiecością i męskością. Kobiecość i męskość zdaniem Józefik rozumiana była przez Stollera jako zestaw cech, zachowań, ról, które rozwinęły się na skutek postnatalnych oddziaływań psychologicznych, środowiskowych i kulturowych (Józefik, 2014, s. 44). Konstrukt płci kulturowej zmieniał się pod wpływem religii, polityki, procesów ekonomicznych i zmian kulturowych.

Kulturowy model kobiecości w znacznie mierze kształtowany był od czasów antycznych. Patriarchat, czyli dominacja mężczyzn w społeczeństwie, wpłynął na kulturowe rozumienie roli kobiety. Mężczyzna jako głowa rodziny, jej żywiciel, osoba decyzyjna i posiadająca władzę (również symboliczną) uczestniczy w życiu publicznym. Kobieta jest przeciwieństwem mężczyzny. W tradycyjnym rozumieniu jest podporządkowana i przypisana sferze prywatnej, czyli domowi. Dawniej kobietę utożsamiano z pojęciem matki, co jednoznacznie wskazuje na jej główną rolę życiową, wyznaczoną przez społeczeństwo. Jako matka kobieta miała za zadanie urodzić i opiekować się potomstwem. Taka rola nadawała jej



cechy opiekuńcze i trzymały kobietę z dala od przekazu o treści erotycznej. Na ciało kobiety patrzono pod kątem możliwości przetrwania (często w trudnych warunkach). Dlatego pełne kształty jeszcze dwieście lat temu były synonimem zdrowia i warunkiem do otrzymania zdrowego potomstwa.

Rozumienie kobiecości i męskości ewoluowały przez lata wraz z przemianami społeczno- kulturowymi. Takie wydarzenia jak uprzemysłowienie produkcji, wojny o zasięgu światowym, rozwój przemysłu modowego i mediów, miały wpływ na znaczenia współcześnie nadawane kobiecości i męskości. Rozwój feminizmu wzmocnił pozycję kobiet, co jednak pozostaje w relacji z pozycją mężczyzn. Współcześnie według feministki Kim Chernin kobiety uważane są za zbyt silne, bo zapełniły przestrzeń prywatną i przestrzeni publiczną a szczególnie kulturę, politykę i finanse. Po drugie autorka twierdzi, że mężczyźni postrzegają kobiety jako pierwotnie niebezpieczne z powodu swoich dziecięcych doświadczeń ciała matki. Jej zdaniem opresja cielesna kobiet, czyli kontrola i redukcja fizycznej przestrzeni zajmowanej przez kobiety można wytłumaczyć co najmniej na te dwa sposoby.

Kultura chudości i opresja jakiego poddawanie jest ciało w pewien sposób może wskazywać także na to, że ciało kobiety i ciało mężczyzny zaczyna być do siebie podobne. W sensie wzorców kulturowych można rozumieć, że jest to stan pożądany. Szczególnie jeśli zwrócić by uwagę, że męskie ciało. Józefik (2014, s. 27) wspomina, że oprócz opresyjności kultury wobec kobiecego ciała, następuje proces feminizacji ciała męskiego a co za tym idzie, kryzys tradycyjnie definiowanej męskości. Mężczyźni poddają swoje ciało intensywnym ćwiczeniom na siłowni, poddają się też zabiegom kosmetycznym i chirurgicznymi w celu poprawy swojego wyglądu. Barbara Józefik zauważa, że następuje proces zacierania się różnic między płciami i odchodzenia od binaryzmu płci. Istnieją też alternatywy do tego stanu rzeczy w postaci nietradycyjnych wzorców męskiego ciała: począwszy od stylu metroseksualnego, aż po macho.

Pojęcie kobiecości i męskości w kulturze zachodniej jest dość jednolite. Jednym z czynników, które na to wpłynęły były przekazy medialne.

## Media

Media niewątpliwie mają znaczenie w kształtowaniu obrazu ciała. Z naukowego punktu widzenia świadczą o tym badania wykonane pośród osób niewidomych. Wyniki tych badań wskazują, że osoby niewidome od urodzenia, a szczególnie kobiety, są bardziej zadowolone z własnego ciała i mają bardziej pozytywne postawy wobec jedzenia w porównaniu z osobami, które utraciły wzrok w trakcie życia lub są słabowidzące (Wiśniewska, 2014, s. 44). Media



rozpowszechniają wizerunek kobiecego ciała, ale także kształtują wzorce poprzez częstotliwość ukazywania kobiet w poszczególnych kontekstach. Analizy spotów reklamowych ukazują, że kobieta najczęściej jest w reklamie przedstawiana jako obiekt seksualny. Kobięce ciało w reklamie jest fragmentaryzowane. Jest to argument przemawiający za uprzedmiotowieniem kobiet we współczesnej kulturze. Oprócz reklam kobiece ciało eksponowanie jest w kolorowych czasopiśmie. Te w większości zawierają instrukcję dbania o ciało i sposoby na osiągnięcie idealnej sylwetki. Media też są nośnikiem wzorców piękna. W odniesieniu do kobiecego ciała wzorcem piękna, które jest eksponowane w mediach ogólnodostępny, są ciała wychudzonych modelek. Badania wskazują, że przeciętna modelka ma około 20% niedowagi i jej sylwetka w znaczącym stopniu odbiega od sylwetki przeciętnej kobiety (Wiśniewska 2014, s. 38). Opór w dopuszczeniu do prezentowania ubrań kobiet o rozmiarach większych niż 38 zaczął stopniowo maleć po fali krytyki i kampaniach społecznych przeciwko zaburzeniom odżywiania. Wciąż jednak jest silnym trendem, a modelki o większych rozmiarach są nadal zjawiskiem odosobnionym (Józefik, 2014, s. 41).

Promowanie idealnej sylwetki i nienagannego wyglądu w mediach polega również na rozpowszechnianiu mody na tzw. zdrowy styl życia rozumiany jako określone diety, suplementy diet, środki odchudzające oraz aktywność fizyczną określonego rodzaju. Do tego dochodzi ogromny rynek medycyny estetycznej, który promuje operacje plastyczne i zabiegi kosmetyczne. Zdrowie nie jest już tylko i wyłącznie interesem jednostki. Zdrowie leży w interesie ogromnych koncernów farmaceutycznych, a także państw, które dzięki promowaniu zdrowego trybu życia oszczędzają ogromne pieniądze na opiece zdrowotnej. Aby rozpowszechnić wiedzę na temat tego co zdrowe i modne, coraz większymi wpływami cieszy się branża reklamowa. Kobięce i męskie ciało pokazywane w reklamach, z jednej strony wykorzystuje istniejące stereotypy a z drugiej strony je wzmacnia. Kobiety najczęściej w reklamach przedstawiane są jako osoby bierne, mniej aktywnie od mężczyzn, mają one także niższy status społeczny. Kobiety także częściej przedstawiane są na nogo lub jako częściowo ubrane. Najczęściej kobiety pokazywane są jako matki opiekujące się potomstwem, gospodynie domowe lub symbole seksu. Mężczyźni w reklamach najczęściej piastują wysokie stanowiska, odnoszą sukces, są atrakcyjni, choć niekoniecznie młodzi (Ogden, 2010, s. 82). Barbara Józefik w swojej monografii przytacza także słowa amerykańskiej teoretyczki zajmującej się feminizmem i fenomenologią Sandry Lee Bartky, która twierdzi, że dyscyplinowanie kobiet w celu osiągnięcia ciała bardziej kobiecego, dokonuje się poprzez wytworzenie ciała o określonym rozmiarze i kształcie, pokazanie go jako ozdobnej powierzchni i wreszcie poprzez wytworzenie określonych gestów, postaw, sposobów poruszania się. Temu wszystkiemu



według autorki służą praktyki stwarzania idealnego ciała, czyli diety, ćwiczenia fizyczne, makijaż i ubiór oraz chirurgia plastyczna (Józefik, 2014, s. 28). Barbara Józefik (2014, s. 28) twierdzi, że konstruowanie idealnego ciała jest obowiązkowe zdaniem milionów kobiet, a jednocześnie zaznacza, że jest to stan niemożliwy do osiągnięcia.

Analizy przekazów medialnych ukazują, że kobiety stanowią jedynie 29% bohaterów telewizyjnych. Główni bohaterowie prezentowani w przekazach telewizyjnych w niemalże siedemdziesięciu procentach są mężczyznami (Ogden, 2010, s. 82). Badania dowodzą także, że wizerunek kobiet przedstawiany w telewizji kładzie o wiele większy nacisk na ciało kobiety niż na jej twarz. Przeciwnie jest w przypadku mężczyzn (Ogden, 2010, s. 83). Badania, w których wykorzystywano programy telewizyjne, pokazują także, że sposób zachowania i traktowania kobiety zależy od tego czy prezentuje szczupłą sylwetkę (Wiśniewska, 2014, s. 42). Podobne tendencje dotyczą czasopism skierowanych do kobiet i mężczyzn. Dodatkowo jednak statystyki potwierdzają, że w czasopismach adresowanych do kobiet jest więcej artykułów dotyczących atrakcyjności fizycznej niż w czasopismach skierowanych do mężczyzn (Wiśniewska, 2014, s. 39). Lidia Anna Wiśniewska wskazuje, że ekspozycja wzorców szczupłego ciała, prezentowanego w mediach, prowadzi do wzrostu niezadowolenia z ciała u kobiet i mężczyzn oraz do gorszego samopoczucia (Wiśniewska, 2014, s. 39). Wpływ ten nie jest jednakowy w odniesieniu do całej populacji płci żeńskiej. Negatywny wpływ mediów na obraz ciała jest większy, wśród kobiet, które miały bardziej niekorzystny wizerunek własnego ciała (Wiśniewska, 2014, s. 41). Dodatkowo badano co wpływa na to, że kobiety oglądają niedoścignione wzorce modelek, które poddawane są retuszowi. Okazało się, że większość kobiet zdaje sobie sprawę z nierealistycznego wyglądu modelek prezentowanych w czasopismach. Czynnikiem, który na to wpływa, jest chęć dokonywania samooceny i chęć samodoskonalenia się przez kobiety. Oglądanie wzorów kobiecego ciała zdaniem badanych może stać się także motywacją do pracy nad własnym wyglądem (Wiśniewska, 2014, s. 40).

Podsumowując można stwierdzić, że kobiety występują w przekazach medialnych rzadziej niż mężczyźni, a ich rola częściej niż w przypadku mężczyzn sprowadza się do eksponowanie swojego wyglądu a nie kompetencji.

### **Kultura**

Wzorce kulturowe rozpowszechniane są za pomocą mass mediów. Warto się jednak zastanowić jaką rolę kultura odgrywa w kształtowaniu obrazu swojego ciała. Oprócz wzorców kobiecego ciała o których mowa przy okazji czynników fizycznych, gdzie duże znaczenie we współczesnym rozumieniu i ocenie ciała miała branża modowa i związana z nią branża filmowa i telewizyjna, znaczenie mają wytwory kultury popularnej. W odniesieniu do ludzkiego ciała





najpowszechniejszym z nich jest model ciała lansowany przez firmę Mattel za pomocą lalki Barbie. Uznawana od końca lat pięćdziesiątych za ikonę kobiecego ciała lalka, była wielokrotnie krytykowana za swój nierealistyczny wygląd. Otóż proporcje ciała Barbie są niemożliwe do osiągnięcia w realnej rzeczywistości, gdyż, gdyby przyjąć, że lalka liczyłaby 175 cm wzrostu, to przy takiej budowie ważyłaby zaledwie 23 kilogramy (Wiśniewska, 2014, s. 43).

Źródłem trudnością w poszukiwaniu własnej tożsamości kobiet we współczesnym świecie jest sprzeczność wymagań jakie się im stawia. Z jednej strony jest to poświęcenie się na rzecz domu i rodziny, a z drugiej strony wymagania dotyczące aktywizacji zawodowej i potrzeba odnoszenia sukcesu. Sprzeczność tego komunikatu, czyli pozostawanie w roli kobiety i coraz większe zaangażowanie i nacisk na rozwój cech uznawanych za męskie u kobiet i wymagania stawiane mężczyznom, którzy oprócz sukcesów zawodowych powinni coraz bardziej angażować się w dom i opiekę nad dziećmi może powodować zagubienie w kwestii tożsamości płci. Hybrydalność przedstawianych w mediach wzorów męskości i kobiecości może niejednokrotnie prowadzić do kształtowania własnej samooceny poprzez pryzmat własnego ciała, który w powszechnej świadomości jest jednoznaczny z osiągnięciem sukcesu zawodowego. Szczególnie podatną na te wpływy grupą są nastolatki. Martha Jablow wspomina, że młoda kobieta o niezaspokojonych potrzebach emocjonalnych, pełna wątpliwości co do własnej osoby, żyje w społeczeństwie, które bombarduje jej świadomość i podświadomość hasłami typu *być szczupłą = być seksowną = być wolną = być szczęśliwą* to jest skłonna przyjmować te przejściowe mody zbyt dosłownie (Jablow, 1993, s. 30).

W literaturze przedmiotu wielu autorów podkreśla, że zaburzenia obrazu ciała mogą być źródłem trudnością z budowaniem własnej tożsamości. Zdaniem teoretyków doświadczanie własnego ciała przez człowieka jest najważniejszym doświadczaniem w budowaniu własnej tożsamości i zachodzi od pierwszych chwil życia (Sikorska, 2010, s. 134). Antonio Damasio podkreśla, że doświadczanie cielesnej tożsamości stanowi podstawę i zakotwiczenie całej osobowości (Sikorska, 2010, s. 135). Szczególnie ważnym momentem w budowaniu własnej tożsamości jest okres adolescencji, gdzie może nastąpić redukcja tożsamości do obszaru ciała. Elyn Kaschack pisze, że ciało jest rdzeniem tożsamości kobiet. Tożsamość oparta na cielesności ciągle podlega ocenie społecznej i jest wartościowana (Józefik, 2014, s. 31). Wzorem oceny jest to, że chudość jest naturalna, a bycie grubym jest patologią i problemem (Diamond, 1985, s. 54). Zdaniem Elyn Kaschack kobieta budując swoją tożsamość, internalizuje obserwatora, którego autor nazywa tzw. męskim okiem. Wyobrażenie na temat tego jak męski obserwator może ją ocenić, popycha kobietę do wykonywania różnych



zabiegów, które mają na celu dopasowanie się do idealnego wzoru kobiecego ciała (Józefik, 2014, s. 31). Uzależnianie własnego poczucia wartości i tożsamości od ocen innych jest pozostawaniem w ciągłej zależności. Stąd też liczne głosy krytyki kierowane w stronę współczesnej kultury patriarchalnej, gdzie kobieta z założenia zajmuje podrzędną pozycję w odniesieniu do roli mężczyzny. Kobiety mają o tyle trudniejsze zadanie w budowaniu swojej tożsamości, że zależne są od kontekstu kulturowego, który w większości stanowi dla nich opresję. Opresja ta polega na uczeniu kobiet od najmłodszych lat życia, że powinny dbać o potrzeby innych, co ma je przygotowywać do pełnienia roli matki. Tym samym w patriarchalnym modelu kulturowym kobieta ma rezygnować własnych potrzeb. Dodatkowym utrudnieniem jest to, że patriarchalne aspekty kultury konstruują wewnętrzny sprzeczny tożsamość kobiet, sprawiają, że kobiety nie rozpoznają swoich potrzeb i/lub ich nie wyrażają (Józefik, 2014, s. 111). Wewnętrzna sprzeczność dotycząca pełnionych przez kobiety ról w kulturze zachodniej, jest przyczyną wewnętrznych konfliktów. Stąd Orbach i inne badaczki wysuwają wniosek, że współczesna fala zaburzeń odżywiania występująca w kręgu kultury zachodniej i angielsko- amerykańskiej, może być próbą przejmowania kontroli nad ciałem przez kobiety (Józefik, 2014, 112). O kulturowym podłożu zaburzeń w obrębie budowania obrazu własnego ciała świadczą wnioski Gordona, który twierdzi, że proces kształtowania tożsamości jest szczególnie podatny na wstrząsy wywołane radykalnymi zmianami w zakresie ról społecznych lub oczekiwań kulturowych (Ogden, 2010, s. 249).

Podsumowując należy podkreślić, że ciało we współczesnym świecie znajduje się w centrum zainteresowania. Świadczy o tym rozbudowany przemysł kosmetyczny, moda na zdrowy tryb życia oraz kultura chudości o której piszą naukowcy. Jednym z głównych determinantów, który wpływa na kształtowanie obrazu ciała jest płeć. Sprzeczne wzorce kulturowe, odnoszące się w znacznej mierze do kobiet oraz feminizacja męskiego ciała prowadzą do trudności w kształtowaniu się tożsamości zarówno u kobiet jak i u mężczyzn. Badania wskazują jednak na większą wrażliwość kobiet w tym zakresie. Pozytywne konotacje dotyczące szczupłych osób oraz negatywne postrzeganie osób grubych są kształtowane i utrwalane przez masowe media. Redukowanie kobiet do ciała jest charakterystyczne w przekazach telewizyjnych i prasowych. Stąd nieustanna walka o idealną sylwetkę i stosowanie różnego rodzaju praktyk opresyjnych na ciało: począwszy od diet, ćwiczeń fizycznych, po zabiegi kosmetyczne aż po chirurgiczne ingerencje w celu dopasowania się do ideału. Współczesna kultura patriarchy sprzyja powstawaniu konfliktów wewnętrznych poprzez wyznaczanie sprzecznych ról zwłaszcza wobec kobiet, które aktywizując się w sferze publicznej, nadal pozostają przypisane domowi.



## Czynniki społeczne

Kształtowanie się obrazu ciała u człowieka podlega wpływowi różnych czynników. Obok czynników kulturowych, ogromny wpływ na kształtowanie się wizerunku ciała mają inni ludzie, a w szczególności rodzice. Ciało jest również uważane w teoriach socjologicznych za czytelny wizerunek system społecznego. W zależności od tego na jakiej pozycji społecznej znajduje się dana osoba, kształtuje się u niej określone podejście do ciała (Shilling, 2010, s. 86). Zdaniem Chrisa Shillinga (2010, s. 86) ze względu na dużą dynamikę społeczno- kulturową, która przejawia się w walce o granice państw oraz tożsamość narodową, ciało staje się dużą wartością, której granic i cech należy szczególnie bronić. Fizyczne granice ciała są jasno określone. Jednakże jeżeli chodzi o psychologiczny odbiór ciała to kształtuje się on od pierwszych chwil życia: najpierw w relacji z matką, potem z obojgiem rodziców, aż w końcu w szerszym kontekście funkcjonowania społecznego człowieka.

Konstruowanie wizerunku ciała jest w znacznej mierze determinowane przez jakość więzi z rodzicami na wczesnych etapach rozwoju. W teorii psychodynamicznej podkreśla się, że powtarzające się doświadczenia w relacji dziecka z rodzicem zapisywane są w pamięci proceduralnej w obszarze, który dotyczy stanów ciała. Zdaniem Davida Krugera można wyodrębnić trzy typy relacji wczesnodziecięcych, które kształtują strukturę Ja i prowadzi do zaburzeń obrazu ciała. Obraz ciała według tej koncepcji kształtowany jest poprzez kontakt zmysłowy z matką. Pierwszy typ relacji autor opisuje jako zbyt wysoką stymulację i intruzywność ze strony rodzica. Przejawia się ona w nadmiernej bliskości, postawie nadopiekuńczej i kontrolującej, gdzie samodzielność dziecka ograniczana jest na rzecz zapewnienia dziecku komfortu (Józefik, 2014, s. 49). Tym samym dziecko zostaje pozbawione przyjemności z samodzielnego działania i nie odczuwa przyjemności związanej z poczuciem sprawstwa. Dzieje się tak również na późniejszych etapach rozwoju. Skutkuje to zdaniem Krugera zahamowaniem rozwoju, zaburzeniami obrazu własnego ciała i doświadczaniem go jako małe, aseksualne i niedojrzałe (Schier, 2009, s. 23). Ciało także przeżywane jest jako nieoddzielone od rodziców. Barbara Józefik (2014, s. 49) powołując się na koncepcję Krugera przytacza, że osoby postrzegające ciało jako "oddzielone od siebie" podejmują próby uwyrażnienia ciała poprzez gimnastykowanie się, kompulsywne przybieranie na wadze, odmowę jedzenia lub seksualne perwersje. Zdaniem autora teorii osoby, u których na podstawie doświadczenia ukształtował się taki wzór relacji, w sytuacji napięcia i stresu zadają sobie ból, aby napięcie zredukować i odzyskiwać poczucie kontroli nad własnym ciałem. Przykładem zaburzeń obrazu ciała powstających w ten sposób jest anoreksja (Schier, 2009, s. 23).



Drugim typem relacji opisywanych przez Davida Krugera jest tzw. niedostępna empatyczność. Przejawia się ona trudnością w tworzenia stabilnego i zintegrowanego obrazu ciała poprzez emocjonalną niedostępność rodzica lub też brak adekwatnej odpowiedzi na zachowania i potrzeby dziecka (Józefik, 2014, s. 50). Jeżeli rodzic nie rezonuje potrzeb emocjonalnych dziecka, to dziecko w przyszłości nie może stać się dla siebie samego punktem odniesienia. Dzieje się tak dlatego, że emocjonalnie nieobecny rodzic nie jest w stanie ukształtować wyraźnych granic Ja- inni, ani nauczyć dziecka rozpoznawania sygnałów płynących z ciała (Schier, 2009, s. 23). Zatem brak wystarczającego fizycznego kontaktu, dotyku i przytulania sprawia, że w dorosłości ukształtuje się zaburzony obraz ciała. Osoby z tego rodzaju typem relacji opisują swoje ciało jako duże, bezkształtne, z rozmywającymi się granicami (Józefik, 2014, s. 50). Skutkuje to różnego rodzaju zaburzeniami: m.in. w ten sposób tłumaczy się powstawania osobowości typu borderline, ale także depresję i bulimię. Zachowania podejmowane przez osoby o takim typie relacji z rodzicami zdaniem Katarzyny Schier przejawiają się w: częstej zmianie obrazu ciała, która zależy od nastroju; dążeniu do doświadczania granic własnego ciała poprzez zachowania impulsywne i te o charakterze uzależnienia; stymulacji skóry poprzez noszenie obszernych ubrań; kompulsywne uprawianie seksu lub masturbację; zachowania autoagresywne w postaci cięcia i nacinania, a także objadanie się, głodówki, prowokowania wymiotów, przeczyszczanie się i kompulsywnych ćwiczeniach fizycznych. Ta ostatnia grupa zachowań skupionych wokół jedzenia i wydalania ma na celu zwiększanie świadomości wnętrza swojego ciała (Schier, 2009, s. 50).

Trzeci typ patologii w relacji rodzica z dzieckiem we wczesnym etapie rozwoju, który rzutuje na rozwój obrazu ciała to brak konsekwencji i selektywność rodzica w reakcjach na potrzeby dziecka. Przejawia się to w określonym reagowaniu na pewien typ zachowań dziecka i ignorowaniem pozostałych potrzeb. Katarzyna Schier opisuje, że przykładowo reagowanie na potrzeby związane z fizycznością dziecka, przy ignorowaniu potrzeb emocjonalnych, może skutkować tym, że dziecko nauczy się, że uzyskiwanie zainteresowania wiąże się z jego bólem fizycznym. Taki typ relacji może prowadzić do rozwinięcia się predyspozycji do powstawania chorób psychosomatycznych (Schier, 2009, s. 51).

Obok teorii psychodynamicznej, która opisuje proces i czynniki kształtowania się obrazu ciała, psycholodzy i psychoterapeuci reprezentujący podejście poznawczo-behawioralne opisują wpływ relacji rodzica i dziecka na wizerunek ciała. Ich zdaniem na rozwój obrazu ciała ma wpływ wiele czynników, a do najważniejszych zaliczyli kulturę, społeczny wizerunek ciała, wzorce kobiecości i męskości, a także relacje rodzinne, czynniki osobowościowe i relacje społeczne (Józefik, 2014, s. 51). Thomas Cash w swojej koncepcji



odnosi się do zaburzeń powstających w trzech obszarach obrazu ciała: poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym. Błąd powstający w poznawczej percepcji ciała polega na tym, że sposób myślenia o swoim ciele, opiera się o dysfunkcjonalne schematy poznawcze i dominuje w nich nadmierne uogólnienie, arbitralne wnioskowanie albo personalizacja. W komponencie emocjonalnym zdaniem Casha dochodzi do niechęci albo wręcz wrogości wobec swojego ciała. W komponencie behawioralnym dominować zaczyna zachowanie na szkodę ciała, które dotyczą aktywności fizycznej i odżywiania się (Józefik, 2014, s. 51). Model poznawczo-behawioralny zajmuje się tymi elementami, ze szczególnym uwzględnieniem percepcyjnych zniekształceń ciała, niezadowolaniem z wyglądu lub ciężaru ciała.

Zachowanie rodziców wobec dziecka ma bardzo ważne znaczenie w procesie kształtowania się obrazu ciała. Począwszy od wyobrażeń na jego temat, kiedy jeszcze dziecka nie ma na świecie, poprzez poziom zaspakajania potrzeb w okresie niemowlęctwa, aż po postawy rodzicielskie, komentarze i spostrzeżenia na temat ciała dziecka. Anna Brytek–Matera powołując się na badania przeprowadzone w latach osiemdziesiątych przez Levinson i współpracowników, podkreśla, że rodzicielski osąd wagi dziecka był silnym predyktorem samoobserwacji wagi przez dziecko w wieku nastoletnim (Brytek-Matera, 2008, s. 21). Ponadto badania dowodzą, że rodzice łagodniej oceniają wygląd fizyczny swoich dzieci, kiedy są młodsze. Wzrost krytycyzmu w tym zakresie następuje w stosunku do dzieci w wieku szkolnym (Brytek-Matera, 2008, s. 21). Związek pomiędzy uwagami rodziców, a niepokojem dzieci co do własnej cielesności jest powszechnie zauważany przez teoretyków (Wiśniewska, 2014, s. 46). Zdaniem autorki drugim często powtarzanym przez badaczy twierdzeniem jest transmisja wzorców i przekonań dotyczących jedzenia z pokolenia na pokolenie. Alicja Głębocka podkreśla, że szczególnie wrażliwe na krytykę pod adresem ciała są dziewczęta w okresie dojrzewania. Krytyka może skutkować zaniżoną samooceną, niezadowolaniem z ciała albo wyższym poziomem lęku lub depresją (Brytek-Matera, 2014, s. 46).

W relacji z rodzicami jest to o tyle ważne, że wzrost zainteresowania się ciałem nastąpił w drugiej połowie XX wieku. Co za tym idzie, współczesne kobiety są przedstawicielkami drugiego albo trzeciego pokolenia, które w dużej mierze koncentrują się na kształcie i rozmiarze swojego ciała. Jest to o tyle ważne, że zdaniem Schilder dziecko w okresie rozwoju uwzględnia i identyfikuje się z ciałem rodzica jako częścią swojego własnego obrazu ciała (Brytek-Matera, 2008, s. 21). Istnieje silne powiązanie pomiędzy tym jakie zachowania i postawy wobec ciała mają matki oraz ich córki. Badania dowodzą, że matki dziewcząt chorujących na bulimię były silnie skoncentrowane na utracie wagi w ich wieku w porównaniu z matkami dziewcząt zdrowych (Brytek-Matera, 2008, s. 22). Pozytywne komentarze na temat wyglądu zdaniem



badaczy mogą również wiązać się ze wzrostem niezadowolenia z ciała wśród kobiet (Wiśniewska, 2014, s. 47).

Obok determinującej roli matki w procesie kształtowania się obrazu własnego ciała, również znaczącą postacią jest ojciec. To w relacji z nim dziewczęta ćwiczą nawiązywanie relacji z mężczyznami. Ponadto zachowanie ojca wobec dojrzewającej córki i jej ciała odgrywa istotną rolę w kształtowaniu obrazu siebie (Brytek-Matera, 2008, s. 22).

W związku z doniosłą rolą rodziców w kształtowaniu się wizerunku ciała Anna Brytek-Matera wskazała w swojej monografii zachowania, jakie wzmacniają budowanie pozytywnego obrazu własnego ciała u dzieci. Wymieniła wśród nich: rolę dotyku i stymulacji sensorycznej od pierwszych chwil życia dziecka, rozwój fizyczny, rozwój koordynacji ruchowej i wzmacnianie poczucia siły u dziecka, a także rolę nauki rozpoznawania sygnałów płynących z ciała i zaspokajanie potrzeb z tym związanych (np. zaspokajanie głodu, potrzeby odpoczynku). Autorka wskazuje, że rodzice powinni wystrzegać się negatywnych komentarzy i wyśmiewania się z ciała dziecka. W zamian za to powinni wyposażać dziecko w kompetencje jak powinno się zachować w sytuacji, gdy ktoś krytykuje jego wygląd. Ponadto ważnym zdaniem Anny Brytek-Matera jest krytyczne podejście do przekazów medialnych dotyczących ciała, które rodzice powinni kształtować u dziecka. W procesie dojrzewania poza akceptacją zmian zachodzących w ciele dziecka i akceptowania rozwijającej się seksualności dziecka, bardzo ważnym czynnikiem jest rozmawianie na temat zmian zachodzących w ciele i związanych z tym emocjami. Formą profilaktyki zaburzeń obrazu ciała oraz niezadowolenia z niego jest kształtowanie zdrowego postrzegania siebie poprzez wzmacnianie roli aktywności fizycznej i adekwatnego dbania o zdrowie (Brytek-Matera, 2008, s. 24).

W okresie dorastania coraz większe znaczenie w kontekście społecznego funkcjonowania człowieka, zyskują rówieśnicy. Badacze dowodzą, że gorszy obraz siebie ma związek z zachowaniem z ich strony. Osoby, które były prześladowane poprzez rozmowy i komentarze rówieśników na temat ich wyglądu i wagi mają większe ryzyko wystąpienia zaburzeń obrazu siebie (Wiśniewska, 2014, s. 46). Badacze jednogłośnie potwierdzają, że proces dorastania, a co za tym idzie zmiany w ciele i wizerunku własnego ciała, jest trudniejszy dla dziewcząt (Józefik, 2014, s. 53). Badania potwierdzają, że od 40 do 70 % dziewcząt jest niezadowolonych ze swojego ciała. Niezadowolenie u dojrzewających chłopców jest mniej rozpowszechnionym zjawiskiem (Józefik, 2014, s. 52). Niezadowolenie z ciała rozwijające się w tym okresie związane jest, szczególnie po stronie dziewcząt ze wzrostem wymagań i nakazów dotyczących atrakcyjności, dbania o własne bezpieczeństwo i unikania nadużycia seksualnego. U dziewcząt proces ten jest trudniejszy między innymi, jak tłumaczy teoria



psychodynamiczna, dlatego, że ich genitalia są w niewielkim stopniu włączone do obrazu ciała. Inaczej jest u chłopców, którzy regularnie mają kontakt ze swoimi genitaliami w trakcie oddawania moczu, przy erekcji lub normalnej aktywności fizycznej (Józefik, 2014, s. 54). Ze względu na to, że u chłopców kulturowo penis jest powodem dumy a u dziewcząt narządy płciowe są skrywane, mało poznane i najczęściej powodują zakłopotanie, to rozwija się w nich przeświadczenie, że ciało jest tajemnicze, niekontrolowane i jak cytuje Barbara Józefik “przeżywane jako Inny” (Józefik, 2014, s. 54). Stąd też najczęściej w kontekście obrazu ciała badacze zajmują się kobietami a nie mężczyznami. Jednak zdaniem Crossa traumatyczne wydarzenia w postaci zaburzenia więzi, molestowania seksualnego lub urazy związane z doświadczaniem i przeżywaniem własnego ciała w okresie dojrzewania mocniej wpływają na chłopców niż na dziewczęta (Józefik, 2014, s. 55).

Czynników wpływających na kształtowanie się obrazu siebie jest wiele. Badacze są zgodni co do tego, że czynniki związane z relacją z rodzicami, która kształtowała się na wczesnych etapach życia ma bardziej doniosłe znaczenie niż czynniki kulturowe, choć ich rola też jest znacząca. Kształtowanie się obrazu ciała odbywa się w procesie rozwoju człowieka. Ważnym momentem jest okres dojrzewania, gdy zachodzą zmiany w ciele, co ma wpływ na poziom zadowolenia z ciała.

## ROZDZIAŁ 2. PSYCHOLOGICZNA ANALIZA ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH U MŁODZIEŻY I OSÓB DOROSŁYCH

W niniejszym rozdziale omówione zostaną kwestie historyczne dotyczące rozwoju depresji jako jednostki chorobowej. Następnie pisane zostaną także czynniki wpływające na zachorowanie, a wśród nich płeć i wiek osób najczęściej zapadających na zaburzenia depresyjne. Przytoczone zostaną także klasyfikacje medyczne, które wskazują kryteria choroby, a także jej różne typy. Ponadto opisane zostaną biologiczne i społeczno- kulturowe uwarunkowania występowania depresji. Na koniec zostanie poruszona kwestia leczenia zaburzeń depresyjnych z uwzględnieniem farmakoterapii i psychoterapii.

### 2.1. Charakterystyka socjodemograficzna depresji

Depresja jest terminem powszechnie używanym na określenie smutku i przygnębienia. W psychiatrii depresja jest jasno określonym stanem chorobowym, o którym można mówić po wystąpieniu ustalonych kryteriów diagnostycznych. Depresja jako stan chorobowy jest najczęstszym, oprócz lęku zaburzeniem, którym zajmuje się psychiatria (Pużyński, 1988). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) szacuje, że objawy depresji ma 350 mln ludzi na całym świecie. Jest to 5 % populacji i liczba ta rośnie. Co czwarta osoba chorująca ma depresję popełnia samobójstwo (Pużyński, 2005). Erich Fromm (Fromm, 1970) w swoim najważniejszym dziele określił, że obecne czasy są „erą melancholii” w odróżnieniu do „ery lęku”, która miała miejsce za czasów zimnej wojny.

Depresja jest poważnym problemem społecznym. WHO szacuje, że do 2020 roku depresja może się stać drugim co do wielkości zagrożeniem zdrowotnym zaraz po chorobach krążenia (Wierzbicki, 2016, s. 17). Koszty społeczne zachorowań są ogromne. Z tego względu depresja jest jedną z najczęściej opisywanych chorób w literaturze popularnonaukowej. Liczne kampanie społeczne tworzone są z myślą o osobach chorych i ich otoczeniu po to, aby skutecznie zapobiegać i leczyć.

Ze względu na liczne potoczne rozumienia terminu depresja warto zdefiniować ją na potrzeby rozważań naukowych. Według Słownika języka polskiego PWN depresja to chorobliwe, głębokie i długotrwałe przygnębienie. W odniesieniu do innych dziedzin wiedzy w słowniku odnaleźć można także, że depresja jest obszarem leżącym poniżej poziomu morza, jest to także obszar obniżonego ciśnienia atmosferycznego. W naukach ekonomicznych depresja oznacza fazę cyklu koniunkturalnego, która następuje po recesji (kryzysie). Depresja jest także terminem używanym w geometrii. W języku potocznym pierwsze znaczenie jest najbardziej rozpowszechnione. Słownik wyrazów obcych wskazuje na etymologię terminu.





Słowo depresja pochodzi z języka łacińskiego od łac. *depressio* – co oznacza „głębokość” i *deprimere* co znaczy „przygniatać” (Kopaliński, 2007).

Depresja należy do grupy zaburzeń afektywnych. Zamiennie stosuje się określenie depresja i zaburzenia depresyjne ze względu na niejednorodny obraz choroby. W literaturze wymiennie stosuje się także termin depresyjność, choć nie zawsze jest to uzasadnione. Zdaniem Małgorzaty Janas-Kozik (2009, s. 3) pojęcie depresyjności używane jest wówczas, gdy symptomy depresyjne nie układają się w obraz zespołu depresyjnego, ale pozostają na poziomie pojedynczych objawów, nierzadko towarzysząc innemu, podstawowemu zaburzeniu natury psychicznej.

### 2.2.1. Historia pojęcia depresji

Postrzeganie depresji na przestrzeni wieków ulegało zmianie. Podyktowane było to postępowaniem naukowym i rozwojem wiedzy na temat ludzkiego organizmu. Począwszy od starożytności, kiedy Hipokrates utworzył koncepcję humorálną ludzkiego organizmu według, której patologia ma źródło w zaburzonej równowadze czterech humorów: krwi, śluzu, żółci jasnej i żółci ciemnej, można mówić o pierwszych opisach depresji. Hipokrates jako pierwszy użył terminu melancholia do określenia stanu, gdy człowiek doświadcza bezsenności, zmęczenia, irytacji i spadku apetytu. Jego zdaniem taki stan w organizmie człowieka powoduje nadmiar ciemnej żółci (Wierzbiński, 2016, s. 1). Myśl tą kontynuował Galen, lekarz cesarza rzymskiego Marka Aureliusza. Jego dorobek miał ogromny wpływ na rozwój nauk medycznych w okresie Średniowiecza i Odrodzenia. Lokalizował on źródło emocji w mózgu. Nieco inaczej rozumiano depresję w czasach średniowiecza. Najczęściej była ona tłumaczona jako skutek opętania albo popełnienia jakiegoś grzechu. Jednakże już w X wieku Awicenna zauważył, że depresja ma sezonowy charakter i nasila się w okresie lata i jesieni (Nasierowski, 2007, s. 80).

Kolejnym ważnym krokiem w rozpoznawaniu i leczeniu depresji z punktu widzenia historycznego, było odkrycie Timothy’ego Brighta, lekarza ze Szpitala św. Bartłomieja w Londynie, który żył XVI i XVII wieku. Opisał on dwa rodzaje melancholii: naturalną, będącą rezultatem „obaw umysłu” oraz nienaturalną, będącą wynikiem zaburzenia cyrkulacji płynów ustrojowych. Taki podział melancholii odpowiadał późniejszemu podziałowi depresji na reaktywną (psychogenną) i endogenną (Nasierowski, 2016, s. 82). Pierwszy raz termin „depresja” (ang. *depression*) użył w 1765 roku szkocki lekarz pracujący w Edynburgu Robert Whytt. Termin pochodzi od łac. *de* (ku dołowi) oraz *premere* (naciskać) i określa obniżony nastrój. Pojęciem tym posługiwali się również niemieccy psychiatrzy Johann Ch. A. Heinroth oraz Karl W. M. Jacobi na początku XVIII wieku (Nasierowski T., 2007, s. 83). Począwszy od



XIX w. niemieccy uczeni wiedli prym w badaniach nad psychiką człowieka. Carl F. Flemming wprowadził do psychiatrii termin „dystymia”. Kahlbaum używał w swoich klasyfikacjach terminu Flemminga, wprowadził także termin „cyklotymia”, którym określał lżejszy wariant szczytkowej postaci okresowej psychozy o zmiennym obrazie psychopatologicznym.

Pod koniec XIX wieku Theodore Ziehen zaczął używać na określenie zaburzeń nastroju terminu „psychozy afektywne”, a te z kolei stanowiły jedną z grup zaburzeń wydzielonych przez Emila Kraepelina. W piątym wydaniu swego podręcznika psychiatrii Kraepelin wyróżnił te właśnie trzy postacie zaburzeń afektywnych. Zrezygnował przy tym z terminu „melancholia” na rzecz określenia „depresja”. Uważał, że lepiej on oddaje przeżycia chorego. Decyzję tę poparł w Adolf Meyer, którego głos miał w tym czasie największe znaczenie w psychiatrii amerykańskiej (Nasierowski, 2007, s. 84). Rozwój badań nad genetyką w tym nad genetyką depresji oraz poszukiwanie nowych sposobów leczenia- początkowo była to głównie farmakoterapia, doprowadziły do zmiany w spojrzeniu na depresję w latach pięćdziesiątych XX wieku. Dotychczas opracowano kilkanaście modeli depresji.

Tabela 2.2.1. Główne modele depresji

Autor modelu depresji	Rok	Nazwa koncepcji
Karl Abraham	1911	agresja skierowana do wewnątrz
Zygmunt Freud	1917	utrata obiektu
Edward Bibring	1953	utrata poczucia własnej wartości
Aaron Beck	1967	poznawcza
Martin Seligman	1975	wyuczona bezradność
Peter Lewinshon	1965	brak wzmocnienia
Joseph Schildkraut, William Bunney, John Davis		hipoteza noradrenergiczna
Alec Coppen, I.P. Lain, G.F. Oxenburg	1968, 1969	hipoteza serotoninowa
David Jankovsky	1972	hipoteza zaburzeń cholinergiczno-noradrenergicznych
Radrup	1975	hipoteza dopaninerгіczna
Bernard Carrol		zaburzenia neuroendokrynne
Alec Copen DM Shaw		neurofizjologia
Hogap Akiskal, William McKinney Frederick Goodwin, Kay Jamison	1973 1990	hipoteza związana z wpływem stresu, zaburzeniami neurochemicznymi w OUN oraz zaburzeniami rytmów dobowych.

Zródło: Opracowanie na podstawie Wierzbiński, 2016, s. 10.

### 2.2.2. Epidemiologia depresji

Depresja jako stan chorobowy jest najczęstszym, oprócz lęku zaburzeniem, którym zajmuje się psychiatria (Pużyński, 1988). Jest także drugą przyczyną niepełnosprawności na



świecie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) szacuje, że objawy depresji ma 350 mln ludzi na całym świecie, jest to 5 % populacji i liczba ta rośnie. W Polsce na depresję choruje 1,2- 1,5 mln osób. WHO szacuje, że do 2020 roku depresja może się stać drugą po chorobach krążenia przyczyną zgonów (Wierzbński, 2016, s. 17). W Polsce na podstawie badania Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej (EZOP) przeprowadzonej na 10 tysiącach osób w wieku 18- 64 lata, wykazano, że depresję ma 3 % badanych, a dystymię 0,3 % badanych (Kejna, Adamowski, Piotrowski, 2015).

Dwie trzecie pacjentów z nawracającymi epizodami depresji wykazuje sezonowy rytm występowania zaburzeń związanych z porami roku.

Depresja nadal, pomimo wzrostu ilości osób leczących się, jest zjawiskiem niedoszacowanym. Spowodowane jest to między innymi trudnością w diagnozie. Część pacjentów nie ma klasycznych objawów depresji i nie spełnia kryteriów określonych w klasyfikacjach medycznych. U tych osób można mówić o depresyjności a nie depresji. Wśród przypadłości, na które uskarżają się te osoby na pierwszy plan wysuwają się dolegliwości somatyczne związane z depresją. Jest to lęk i zaburzenia snu w postaci bezsenności. Istnieje spora grupa osób, która ma depresję maskowaną. Grupa ta najczęściej objęta jest pomocą medyczną spoza obszaru psychiatrii. Skarżą się oni bowiem na bóle zamostkowe, przewlekłe zaparcia lub biegunki, zespół niespokojnych nóg, bóle głowy, przewlekłe bóle mięśniowe albo stawowe, mają poczucie ciągłego zmęczenia. Nie zawsze udaje się rozpoznać depresję w tych przypadkach. Jednakże badania przesiewowe oraz wykluczenie dolegliwości somatycznych jest bardzo ważnym elementem w procesie stawiania diagnozy psychiatrycznej (Wierzbński, 2016, s. 23).

Liczne badania odnoszą się do płci osób chorujących na depresję. Według współczesnych statystyk na depresję chorują częściej kobiety niż mężczyźni. Wysokość współczynnika zachorowalności u kobiet jest wyższa o 1,5 do 3 razy. Związane jest to z czynnikami biologicznymi i społeczno-kulturowymi. Do biologicznych czynników zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u kobiet zaliczane jest: wyższe stężenie monoaminooksydazy oraz zaburzenia w zakresie hormonów tarczycy. Ponadto wskazuje się, że gospodarka hormonalna kobiet, a w szczególności wahania stężenia estrogenów i progesteronu we krwi, szczególnie w trakcie przyjmowania antykoncepcji oraz w wieku okołomenopauzalnym, powodują częste zmiany nastroju. Wśród czynników społecznych wymieniane są odmienne role społeczne pełnione przez kobiety, krąg kulturowy oraz model związku, w którym żyją (Wierzbński, 2016, s. 19). Według badań przytoczonych



w monografii Clerance Hammen płęć żeńska skorelowana jest w wyższym ryzykiem nawracającej depresji, choć nie ma różnic płciowych w częstości nawrotów choroby potwierdzonych badaniami (Hammen, 2004, s. 63). Ponadto autorka wskazuje, że różnice w częstości występowania depresji u kobiet są niezależne od kultury i grupy wiekowej (począwszy od okresu dorastania). Wskazuje ona także, że mężczyźni inaczej przeżywają i wyrażają depresję- częściej skarżą się na fizyczne dolegliwości, trudności w pracy lub nadużywają substancji psychoaktywnych (Hammen, 2004, s. 65).

Wyniki badań nad częstością występowania depresji u dzieci i młodzieży przytoczone przez Wioletę Radziwiłłowicz (2011, s. 56) wskazują, że od okresu dorastania rozpowszechnienie choroby u dziewcząt jest większe. Autorka przytacza trzy modele wyjaśniające różnice międzypłciowe występowania depresji wśród młodych dziewcząt w wieku od 11 do 15 roku życia. Pierwszy model zakłada, że przyczyny występowania depresji są jednakowe dla dziewcząt i chłopców, ale w tym wieku stają się one bardziej istotne dla dziewcząt. Ten model analizowany był pod kątem dojrzałości płciowej, która może mieć związek z występowaniem depresji. W przeważającej większości badań wyciągnięto wniosek, że depresja pojawia się u młodych kobiet niezależnie od poziomu ich dojrzałości płciowej (Hammen, 2004, s. 68). Ponadto analizowany wpływ zmiany środowiska szkolnego na wystąpienie depresji we wczesnej młodości. Badacze analizując wyniki badań wskazują, że zmiana ta jest bardziej stresująca dla dziewcząt niż dla chłopców. Może ona także pokryć się ze zmianami zachodzącymi w ciele, z których chłopcy zazwyczaj się cieszą, a dziewczynki nie. Ma to także związek ze zwiększonym krytycyzmem w stosunku do własnego ciała u dziewcząt. Negatywny obraz ciała jest jednym z czynników stresowych, które mogą prowadzić do depresji. Drugi model zakłada, że przyczyny występowania depresji są różne dla obydwu płci. Argumentem potwierdzającym to stanowisko jest wzrost zagrożenia i nasilenie wykorzystaniem seksualnym wśród młodych dziewcząt (Hammen, 2004, s. 69). Trzeci, najczęściej prezentowany jako wynik badań empirycznych model dowodzi, że większość czynników ryzyka u obu płci jest taka sama, choć wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka choroby jest u dziewcząt. Czynniki te istotne są w momencie podejmowania wyzwań i zadań rozwojowych we wczesnej adolescencji (Radziwiłłowicz, 2011, s. 56). Ma to związek ze wzrostem oczekiwań dotyczących pełnionych przez dziewczęta ról społecznych. Jednym z tych oczekiwań jest podporządkowanie się poprzez ograniczenie własnych ambicji i niezależności (Hammen, 2004, s. 69).

Ważnymi czynnikami różnicującymi występowanie depresji w populacji kobiet i mężczyzn są: gospodarka hormonalna, model przeżywania stresu i czynniki związane z



radzeniem sobie w trudnych sytuacjach. Gospodarka hormonalna kobiet związana jest przede wszystkim z wahaniami hormonów po urodzeniu dziecka, co uznaje się za normalne zjawisko występujące do około 7 dni po porodzie, bardzo rzadko występującą psychozą poporodową oraz zespołem napięcia przedmiesiączkowego. Według Hammen (2004, s. 65) nie opublikowano dotąd badań, które łączyły by poziom żeńskich hormonów z dużą depresją, a zatem uznaje się, że różnice hormonalne pomiędzy kobietami i mężczyznami nie wyjaśniają wyższego wskaźnika zachorowań u kobiet. Różnice w odczuwaniu stresu także są przywoływane jako powód występowania depresji u kobiet. Poglądy w tym obszarze są różne. Jedni uważają, że kobiety posiadają mniejsze możliwości radzenia sobie ze stresem, ze względu na niższy status społeczny niż mężczyźni. Inną przywoływaną przez badaczy hipotezą jest pełnienie podwójnych ról przez kobiety, czyli prowadzenie domu i wychowaniu dzieci przy jednoczesnej aktywności zawodowej. Potwierdzają to badania, których wyniki wskazują, że zamężne kobiety aktywne zawodowo chorowały częściej na depresję niż kobiety samotne aktywne zawodowo (Hammen, 2004, s. 66). Dodatkowo kobiety zdaniem naukowców z reguły silniej reagują na stresujące wydarzenia życiowe, gdyż zazwyczaj są bardziej zaangażowane w życie domowe i lokalną społeczność. Dodatkowym stresorem w życiu kobiet jest doświadczenie przemocy seksualnej, które mają związek z późniejszymi przeżyciami depresyjnymi (Hammen, 2004, s. 66), jak również ubóstwo, samotne rodzicielstwo oraz ciąża w wieku nastoletnim. Kolejnym czynnikiem wpływającym na wyższe wskaźniki zachorowania na depresję wśród kobiet posiadanie mniej zasobów materialnych do radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Również sposoby radzenia sobie z depresją przez kobiety wpływają na doświadczanie depresyjności. Sposobem najmniej korzystnym jest rozpamiętywanie swojego cierpienia, koncentracja na sobie i nadmierne analizowanie własnych problemów i uczuć.

### 2.2.3. Wiek a depresja

Średni wiek zachorowania to 26,2 lat do 29,6 lat w zależności od badania (Wierzbński, 2016, s. 19). Najczęściej początek choroby pojawia się pomiędzy 24 a 35 rokiem życia. Badania wskazują, że 32,2% pacjentów pierwszy epizod depresji miało przed ukończeniem 21 roku życia. Połowa chorych pierwszy epizod depresji ma zazwyczaj pomiędzy 20 a 50 rokiem życia. Po 50 roku życia ujawnia się zaledwie 10% depresji. Szacuje się także, że na depresję zachoruje 40% osób poniżej 20 roku życia.

Depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. Rozpowszechnienie depresji w przedziale wiekowym pomiędzy 9 rokiem życia a 17 wynosi 0,4-8,3 %. Przewaga występowania depresji u dziewcząt dotyczy środkowego i



późnego okresu dorastania. W okresie preadolescencji depresja występuje częściej u chłopców (Radziwiłłowicz, 2012, s. 2). Obecnie najwyższe współczynniki zachorowania na depresję odnotowuje się wśród starszych nastolatków i osób po 20 roku życia (Hammen, 2004, s. 59). Z badań przeprowadzonych na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku pod nazwą Międzynarodowa Grupa Współpracy wynika, że częstość depresji okazała się najwyższa wśród osób poniżej 25 roku życia, które przyszły na świat po 1955 roku. Nazwano to efektem rocznika, który określa, że wzrost zachorowań na depresję dotyczy coraz młodszych osób. Tendencja ta jest rozpowszechniona w Stanach Zjednoczonych, Europie Zachodniej, Azji i Ameryce Południowej (Hammen, 2004, s. 60). Badacze wyjaśniają to zjawisko na wiele sposobów. Pierwszym z nich jest pogląd, że młodzi ludzie wyolbrzymiają swoje doznania, co związane jest z powszechną psychoedukacją i wzrostem wiedzy na temat choroby, a także większą tolerancją społeczną w stosunku do chorób psychicznych. Argumentem przeciwko tej tezie jest wzrost obiektywnych wskaźników cierpienia, za które uznawana jest liczba samobójstw i hospitalizacji młodych ludzi. Kolejnym argumentem jest to, że starsze osoby zapomniały już o swoich doświadczeniach depresyjnych, co zgodne jest z wiedzą z zakresu procesów poznawczych w przeżywaniu depresji. Do psychologicznych czynników mających wpływ na wzrost zachorowalności na depresję wśród młodych ludzi jest kryzys rodziny i rosnąca mobilność społeczna (Hammen, 2004, s. 60).

Występowanie depresji wśród osób starszych jest mniejszym problemem niż wśród młodzieży i młodych dorosłych zdaniem Clerance Hammen (Hammen, 2004, s. 62). Jednak ze względu na czynniki demograficzne, czyli wzrost liczby osób starszych należących do pokolenia wyżu demograficznego po II wojnie światowej oraz wydłużanie się długości życia, depresje wśród osób starszych jest coraz bardziej widoczna. Wyniki badań wskazują, że ryzyko wystąpienia depresji po 65 roku życia może wzrastać. Depresja w tym wieku często wiąże się z zagrożeniem życia. Statystyki wskazują, że liczba samobójstw wśród białych starszych mężczyzn jest najwyższa w tej grupie wiekowej. Ma na to wpływ pogarszający się stan zdrowia oraz poczucie osamotnienia. Ważne jest jednak w procesie diagnostyki, aby odróżnić proces starzenia się od objawów depresji, które w obszarze procesów poznawczych i behawioralnych bywają zbieżne (Hammen, 2004, s. 62).

### 2.3. Klasyfikacje zaburzeń depresyjnych

Zaburzenia depresyjne w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) opracowanej przez WHO w 1992 roku, opisane są w piątej części



odnoszącej się do zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. W Polsce klasyfikacja ta została przyjęta w 1996 roku. Obecnie opracowana została nowa wersja klasyfikacji, która ma zostać zatwierdzona w maju 2017 roku. Jednym z argumentów przemawiających za wprowadzeniem nowej klasyfikacji zdaniem Janusza Heitzmana są nowe rodzaje zaburzeń psychicznych (Heitzman, 2011, s. 941). Ponadto klasyfikacja wprowadzi ona wiele ulepszeń i zaproponuje lekarzom system nowoczesny, wszechstronny i wzorowany na rozwijanych od dziesięcioleci rozwiązaniach systemu DSM wraz z jego większym upracticznieniem. Planuje się, że ICD-11 ukaże się w dwóch wersjach: jedna do stosowania w placówkach specjalistycznych, gdzie zawarte zostaną opisy kliniczne i wytyczne diagnostyczne oraz druga do stosowania w podstawowej opiece zdrowotnej (Bucci, 2014, s. 401). Zmiany w odniesieniu do zaburzeń depresyjnych będą dotyczyły reakcji na utratę bliskiej osoby. Zgodnie z ICD-10, ale w przeciwieństwie do DSM-5, w ICD-11 zostaną one wyłączone z rozpoznania epizodu depresyjnego (Bucci, 2014, s. 403). Obecnie zaburzenia depresyjne sklasyfikowane zostały do zaburzeń nastroju w międzynarodowym systemie diagnozy nozologicznej.

### 2.3.1. Klasyfikacja ICD- 10

W klasyfikacji ICD-10 dział F 32 odnosi się do epizodu depresyjnego, czyli choroby występującej po raz pierwszy. Kolejny dział opisuje zaburzenia depresyjne nawracające, a w dziale F 34 opisane zostały uporczywe (utrwalone) zaburzenia nastroju (afektywne) do których należy cyklotymia, dystymia i inne.

Epizod depresyjny o nasileniu łagodnym, umiarkowanym lub ciężkim cechuje się cierpieniem spowodowanym obniżonym nastrojem, utratą zainteresowań i zdolności radowania się, zmniejszeniem energii prowadzącym do wzmożonej męczliwości i zmniejszeniem aktywności. Do często spotykanych objawów należą: osłabienie koncentracji uwagi, niska samoocena i mała wiara w siebie, poczucie winy i małej wartości (nawet w epizodach o łagodnym nasileniu), pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości, myśli i czyny samobójcze, zaburzenia snu i zmniejszony apetyt. Do ustalenia rozpoznania epizodu depresyjnego konieczne jest utrzymywanie się zaburzeń przez co najmniej 2 tygodnie, choć według wytycznych klasyfikacji ICD- 10, zdarza się, że wystarcza okres krótszy, a objawy osiągają duże nasilenie i narastają szybko. Obniżenie nastroju, które jest charakterystyczne w zaburzeniach depresyjnych, podlega małym wahaniom, ale zwykle jest niezależne od bieżących wydarzeń. U niektórych chorych obniżenie nastroju może być mniej widoczne, a wtedy zauważalny jest lęk i distres. Zaburzenia nastroju mogą być maskowane co przejawia się w

rozdrażnieniu, nadużywaniu alkoholu, zachowaniach histerycznych, narastaniu wcześniej istniejących fobii i natręctw, albo poprzez dolegliwości hipochondryczne.

Diagnozowanie epizodu depresyjnego dotyczy jedynie pojedynczego (pierwszego) epizodu. Kolejne wystąpienie epizodu należy klasyfikować w ramach nawracających zaburzeń depresyjnych.

**Łagodny epizod depresyjny** charakteryzuje się zazwyczaj obniżonym nastrojem, utratą zainteresowań i przeżywania przyjemności oraz zwiększoną męczliwością. Dla rozpoznania łagodnego epizodu depresji należy stwierdzić co najmniej dwa z wymienionych objawów oraz co najmniej dwa inne- wymienione jako często spotykane w epizodach depresji. Przyczyna łagodnego epizodu depresji najczęściej jest stres o negatywnym działaniu (*distres*) oraz trudności w wykonywaniu codziennych obowiązków domowych lub zawodowych. Trudności te utrudniają wykonywanie obowiązków, lecz nie powodują całkowitego zawieszenia aktywności. Przy łagodnym epizodzie depresyjnym mogą wystąpić objawy somatyczne.

**Umiarkowany epizod depresyjny** rozpoznaje się na podstawie wystąpienia co najmniej dwóch z trzech podstawowych objawów epizodu łagodnego (obniżony nastrój, utrata zainteresowań i przeżywania przyjemności oraz zwiększona męczliwość) oraz co najmniej trzech z objawów często występujących. Jedynie część objawów powinno mieć znaczne nasilenie do zdiagnozowania umiarkowanego epizodu depresyjnego. Czas trwania epizodu to co najmniej 2 tygodnie. Osoba chora przy wystąpieniu epizodu o umiarkowanym nasileniu ma wyraźnie trudności w wykonywaniu obowiązków domowych i zawodowych. Podobnie jak w epizodzie łagodnym, mogą wystąpić także objawy somatyczne.

**Ciężki epizod depresji** może wystąpić z towarzyszeniem objawów psychotycznych lub z ich wyłączeniem. Osoba chora przejawia wyraźne cierpienie lub pobudzenie, aż do momentu wystąpienia znacznego zahamowania. Kryteria diagnostyczne ciężkiego epizodu to wszystkie trzy objawy występujące w opisie epizodu łagodnego lub umiarkowanego oraz cztery inne objawy, gdzie część z nich powinna osiągnąć duże nasilenie. Dla osób, które doświadczają ciężkiego epizodu depresji charakterystyczne jest poczucie bezwartościowości, niska samoocena, poczucie winy. Istnieje zagrożenie wystąpienia samobójstwa. Jeżeli występuje nasilenie objawów, to warunek utrzymywania się objawów przez dwa tygodnie nie jest konieczny do postawienia diagnozy. Osoby, które cierpią na ciężki epizod depresji są w zasadzie niezdolne do wykonywania obowiązków domowych i zawodowych. Wykonują jedynie drobne czynności. Ciężkiemu epizodowi depresji prawie zawsze towarzyszą objawy somatyczne. W przypadku wystąpienia objawów psychotycznych takich jak omamy, urojenia





lub osłupienie depresyjne, diagnozuje się ciężki epizod depresji z objawami psychiatrycznymi. Omamy mają najczęściej charakter słuchowy i węchowy, są to głosy oszczercze, oskarżające, albo zapach zgnilizny lub rozkładającego się ciała. Urojenia mają treści dotyczące grzechów, ubóstwa lub odpowiedzialności za przestępstwa. W przypadku wystąpienia objawów psychiatrycznych lekarz dokonuje diagnozy różnicowej.

Epizody depresyjne zostały sklasyfikowane ze względu na nasilenie występujących objawów. Obok nich w rozdziale dotyczącym epizodów depresyjnych wyróżniono także: depresję atypową, pojedynczy epizod depresji maskowanej i inne epizody depresyjne. Klasyfikacja ICD-10 nie opisuje wskazówek diagnostycznych dla tych jednostek nozologicznych.

Drugim rozdziałem odnoszącym się do zaburzeń depresyjnych w dziale poświęconym zaburzeniom afektywnym są zaburzenia depresyjne nawracające. Kryteria diagnostyczne dla zaburzeń powracających są objawy opisane przy epizodach depresyjnych o łagodnym, umiarkowanym lub ciężkim nasileniu. Warunkiem jest powtarzanie się tych epizodów bez wystąpienia w przeszłości epizodów wzmożonego nastroju lub aktywności, które charakterystyczne są dla manii. Epizody wzmożonego samopoczucia i aktywności mogą natomiast się pojawiać bezpośrednio po epizodzie depresyjnym (najczęściej związane jest to z leczeniem przeciwdepresyjnym). Wystąpienie pierwszych epizodów, ich długość i ciężkość są bardzo zróżnicowane. Czas trwania epizodów wynosi około 6 miesięcy. Okres pomiędzy epizodami jest powrotem do pełnego zdrowia u większości chorych. Epizody często wywoływane są przez trudne wydarzenia życiowe. Wśród zaburzeń depresyjnych nawracających również rozróżnia się stopień nasilenie obecnie trwającego epizodu. Odpowiednio do epizodów depresji wyróżniono zaburzenia depresyjne nawracające obecnie epizod łagodny, umiarkowany lub ciężki (bez objawów psychiatrycznych i z objawami psychiatrycznymi). Kryteria diagnostyczne są wzorowane na poprzedzającym dziale w odniesieniu do epizodu łagodnego, umiarkowanego i ciężkiego. Kryterium czasowe to trwanie co najmniej dwóch epizodów dwa tygodnie w okresie kilkumiesięcznym. Wyróżniono także zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie remisja, które stwierdza się na podstawie wcześniej przebytych epizodów depresyjnych, spełniających kryteria nawracających zaburzeń depresyjnych, gdy aktualnie nie stwierdza się zaburzeń depresyjnych. W tym dziale sklasyfikowano także inne zaburzenia depresyjne, a wśród nich depresje jednobiegunową.

Ostatnim działem opisującym zaburzenia depresyjne w części ICD-10 poświęconej zaburzeniom afektywnym, są uporczywe (utrwalone) zaburzenia nastroju. Charakteryzują się one zmiennym nasileniem objawów, które nie są podstawą do rozpoznania łagodnej depresji



lub hipomanii. Pierwszym z nich jest cyklotymia opisywana jako utrzymujące się wahania nastroju w postaci licznych epizodów łagodnej depresji i wzmożonego samopoczucia. Są trudne do rozpoznania ze względu na łagodny przebieg. Najczęściej znajdują się poza kręgiem zainteresowań medycyny.

Drugim uporczywym zaburzeniem nastroju opisanym w klasyfikacji ICD- 10 jest dystymia. Charakteryzuje się ona przewlekłym obniżeniem nastroju, które nie spełnia kryteriów do rozpoznania nawracających zaburzeń depresyjnych o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu. Obniżenie nastroju chorego trwa co najmniej dwa lata (Hammen, 2004, s. 21). Okresy normalnego nastroju występują rzadko i trwają nie dłużej niż kilka tygodni. W nastroju chorego widoczna jest zmienności pomiędzy epizodami łagodnej depresji i okresami dobrego samopoczucia. W dystymii epizody depresyjne są dłuższe i wiążą się z: uczuciem zmęczenia, ograniczeniem aktywności, bezsennością, utratą wiary w siebie, trudnościami w koncentracji, skłonnością do płaczu, uczuciem braku nadziei lub rozpaczą, pesymizmem co do przyszłości i rozpamiętywaniem przeszłości, wycofaniem z kontaktów społecznych, zanikiem odczuwania przyjemności i utrata zainteresowania czynnościami sprawiających przyjemność (np. seks, inne zainteresowania), zmniejszoną rozmownością. Wymienione objawy muszą wystąpić w kilku epizodach depresji. Do zdiagnozowania dystymii według klasyfikacji ICD- 10 wystarczy wystąpienie co najmniej trzech z wymienionych (Hammen, 2004, s. 22).

### 2.3.2. Klasyfikacja DSM V

Drugą klasyfikacją chorób psychicznych jest DSM- V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), która utworzona została przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Ta najnowsza wersja klasyfikacji obowiązuje od 18 maja 2013 r. Dla rozpoznania tzw. dużej depresji podaje ona następujące kryteria diagnostyczne:

- A. W okresie dwóch tygodni lub dłuższym występowało 5 lub więcej spośród poniżej wymienionych objawów (co stanowi istotną zmianę w stosunku do wcześniejszego funkcjonowania), przy czym co najmniej jednym z nich było obniżenie nastroju lub anhedonia:
1. Obniżony nastrój przez większą część dnia i niemal codziennie (u dzieci lub młodzieży zamiast nastroju obniżonego może występować nastrój drażliwy).
  2. Wyraźnie mniejsze zainteresowanie i satysfakcja z niemal wszystkich aktywności (anhedonia).



3. Zmniejszenie masy ciała pomimo braku stosowania diet albo zwiększenie masy ciała (zmiany wyniosły więcej niż 5% masy ciała w ciągu miesiąca) lub zmniejszenie się lub zwiększenie się apetytu obecne niemal codziennie.
  4. Bezsenność lub wzmożona senność niemal codziennie.
  5. Pobudzenie psychoruchowe lub spowolnienie występujące niemal codziennie (które jest zauważalne dla otoczenia, a nie stanowi jedynie subiektywnego poczucia pacjenta).
  6. Męczliwość lub utrata energii obecne niemal codziennie.
  7. Poczucie własnej niskiej wartości lub nadmierne, nieadekwatne poczucie winy (może mieć charakter urojeniowy) obecne niemal codziennie (lecz nie sprowadzające się tylko do wyrzucania sobie faktu bycia chorym).
  8. Zmniejszona zdolność koncentracji lub brak decyzyjności obecne niemal codziennie.
  9. Nawracające myśli o śmierci (lecz nie sprowadzające się tylko do lęku przed umieraniem), nawracające myśli samobójcze bez sprecyzowanego planu samobójczego lub z planem samobójczym lub próby samobójcze.
- B. Objawy są przyczyną klinicznie istotnego cierpienia lub upośledzenia w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym lub innych ważnych obszarach funkcjonowania.
- C. Nie ma podstaw, aby epizod ten przypisywać działaniu substancji przyjmowanych przez pacjenta lub innym przyczynom medycznym związanym ze stanem zdrowia pacjenta.
- D. Występowanie wymienionych objawów nie jest łatwiejsze do wyjaśnienia obecnością zaburzeń schizoafektywnych, schizofrenii, zaburzeń podobnych do schizofrenii (ang. *schizofreniform disorder*), zaburzeń urojeniowych lub innych zaburzeń ze spektrum zaburzeń psychotycznych.
- E. Nigdy nie miał miejsca epizod manii ani też epizod hipomanii.

Wyraźnie mniejsze zainteresowanie i satysfakcja z niemal wszystkich aktywności wymiennie nazywane jest anhedonia w terminologii medycznej. Nie są to jednak pojęcia tożsame, gdyż anhedonia to brak lub utrata zdolności odczuwania przyjemności (zmysłowej, cielesnej emocjonalnej, intelektualnej oraz duchowej) i radości. Brak radości dotyczyć może różnych sytuacji: spotkania z bliskimi, wykonywania ulubionych do tej pory czynności czy ogólnej radości życia. Anhedonia jest jednym z kluczowych objawów pomocnych przy diagnozowaniu depresji. Skutkiem anhedonii jest zaburzenie funkcjonowania społecznego, ponieważ otoczenie nie potrafi odczytywać stanów emocjonalnych osoby cierpiącej na to zaburzenie. Ponadto anhedonia charakteryzuje się spłyceniem afektu i brakiem spontanicznego wyrazu emocji (Bilikiewicz, s. 483).



### 2.3.3. Podtypy zespołów depresyjnych

W literaturze przedmiotu bardzo częstym podziałem dychotomicznym, na który powołuje się wielu klinicystów jest tradycyjny podział depresji ze względu na przyczyny jej powstawania. Choć podział ten powszechnie funkcjonuje od lat w literaturze naukowej, to nie wszyscy klinicyści go uznają. Argumentami przemawiającymi przeciw temu podziałowi jest koncepcja według, której objawy pochodzenia wewnętrznego i zewnętrznego różnią się jedynie stopniem nasilenia. Janusz Rybakowski (2010, s. 309) w klasycznym podręczniku psychiatrii opisuje depresję endogenną i depresję egzogenną. Pierwsza z nich uwarunkowana jest biologicznie. Charakteryzuje się wysokim nasileniem objawów, które występują niezależnie od zdarzeń życiowych. Depresja endogenna utożsamiana jest z tzw. dużą depresją. Drugi typ depresji opisanej przez psychiatrów jest depresją egzogenną zwaną inaczej depresją reaktywną. Ta bezpośrednio związana jest z czynnikami zewnętrznymi. Opisana jest jako depresja wywołana stresem, niepowodzeniami życiowymi lub problemami zdrowotnymi.

Innym podziałem zaburzeń depresyjnych jest klasyfikowanie ich na podtypy. Wymienia się tu depresje melancholiczną, atypową, psychotyczną, sezonową, depresję w przebiegu chorób psychosomatycznych oraz dystymię. Jolanta Rebe-Jabłońska (2014, s. 366) wymienia je przy okazji opisu zaburzeń afektywnych u dzieci i młodzieży. Depresja melancholiczna to typowy obraz depresji jednobiegunowej. Charakteryzuje się przejmującym smutkiem i anhedonią, gorszym samopoczuciem w godzinach rannych, wczesnym budzeniem się, utratą masy ciała, brakiem apetytu, znacznym zahamowaniem i niepokojem psychoruchowym. Odwróconymi objawami biologicznymi charakteryzuje się depresja atypowa. W jej przebiegu występują objawy nadmiernej senności, nadmiernego łaknienia, gorszego samopoczucia w godzinach wieczornych i reaktywność nastroju. Depresja sezonowa z kolei występuje w okresie jesienno- zimowym i związana jest z reakcją organizmu na zmniejszona ilość światła dziennego. Depresja w przebiegu chorób somatycznych występuje bardzo często. Istnieje zależność pomiędzy występowaniem chorób somatycznych a depresją oraz depresja a zachorowaniami na choroby somatyczne (Rebe-Jabłońska, 2014, s. 366).

Pośród licznych opracowań wymienia się także nieokreślone zaburzenia depresyjne (tzw. NOS od ang. *not otherwise specified*) do których zalicza się: przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne oraz depresję poporodową. Przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne są kategorią kontrowersyjną wśród diagnostów. Dotyczą one regularnie powtarzającego się pogorszenia się funkcjonowania poprzez zaburzenie nastroju występujące w ostatnich dniach cyklu menstruacyjnego. Zdaniem badaczy konieczne jest przeprowadzenie dalszego postępowania badawczego w tym kierunku (Hammen, 2004, s. 22). Depresja



poporodową doświadczana jest przez większość kobiet w ciągu 3-7 dni od urodzenia dziecka. Objawia się ona płaczliwością, bezsennością, słabym apetytem i zmiennością nastroju. Przeżycia te określa się jako normalna reakcja organizmu na ogromne zmiany hormonalne, które zachodzą w ciele kobiety po wydaniu na świat potomstwa. Depresja poporodowa zwana jest także „baby blues”. Zdaniem Constance Hammen wybitnej amerykańskiej profesor psychologii, jeżeli w ciągu kilku kolejnych tygodni po porodzie dochodzi do epizodu dużej depresji, należy diagnozować ją jako dużą depresję z początkiem po porodzie. Przebieg choroby jest bowiem taki sam jak w przypadku dużej depresji. Niektóre badania przywołane przez profesor Constance Hammen (2004, s. 29) wskazują, że depresja poporodową może mieć łagodniejszy przebieg niż inne postacie tej choroby. Depresja z początkiem po porodzie nie występuje częściej niż w demograficznie podobnej grupie kobiet, które nie rodziły (Hammen 2004, s. 29). Przypuszcza się także, że poród w przypadku depresji poporodowej jest jedynie czynnikiem wywołującym stres i występuje jedynie u kobiet, które wcześniej miały problemy emocjonalne i wykazywały podatność na zranienia.

#### **2.3.4. Depresja młodzieńcza według Antoniego Kępińskiego**

Psychopatologia okresu adolescencji od dawna zajmuje się depresją młodzieńczą. W Polsce model depresji młodzieńczej opisał wybitny psychiatra Antoni Kępiński w książce pt. „Melancholia” (Kępiński, 1974). Jego zdaniem depresję w wieku nastoletnim należy wyróżnić jako odrębny zespół chorobowy. Kępiński charakteryzuje depresję młodzieńczą poprzez zaburzenie nastroju, na które składa się lęk, zaburzenie zachowania oraz nasilenie zachowań destrukcyjnych. Zdaniem Małgorzaty Janas-Kozik (2009, s. 4) Antonii Kępiński za objawy depresji młodzieńczej uznał zaburzenia nastroju, obniżenie nastroju, dysfориę, podwyższony poziom lęku, lęk przed przyszłością, zaburzenia w sferze poznawczej – trudności funkcjonowania w roli ucznia z niepowodzeniami szkolnymi, poczucie małej wartości, przekonanie o nieuchronności niepowodzenia – błędne stereotypy poznawcze (niekoniecznie utrwalone), obniżony poziom aktywności maskowany dysfориą i zaburzeniami zachowania. W związku z tym, że objawy te mogą wystąpić w różnych konfiguracjach, to Kępiński wyróżnił cztery typy depresji młodzieńczej.

Pierwsza postać depresji młodzieńczej opisaną przez Antoniego Kępińskiego to typ apatyczno-abuliczny. Charakteryzuje się on biernością, brakiem radości, uczuciem pustki, nudy i brakiem sensu. Okresowo w tej postaci depresji mogą pojawiać się także zachowania powściągliwe. Osoba chora zaniedbuje wtedy swój wygląd, ma bardzo niski poziom energii do działania i unika relacji społecznych, które przeżywa lękowo. Druga postać depresji opisana



przez Antoniego Kępińskiego to typ buntowniczy. Cechuje się on silnymi zachowaniami buntowniczymi i agresją. Osoba chora często wybucha złością, jest kłótliva, neguje autorytety i silnie sprzeciwia się normom społecznym zarówno w domu jak i w szkole. Ponadto wiąże się to dla niej z przeżywaniem poczucia mniejszej wartości i brakiem wiary w przyszłość. Trzecim typem opisanym przez Kępińskiego jest postać rezygnacyjna depresji młodzieńczej. Przejawia się ona brakiem wiary w siebie, brakiem planów życiowych oraz pesymistycznym spojrzeniem na własną przyszłość. Ta postać depresji młodzieńczej wiąże się z ryzykiem występowania prób samobójczych. Ostatnią postacią opisaną w „Melancholii” jest labilny typ depresji młodzieńczej. Cechuje się ona zmiennością nastroju, który przejawia się okresowo buntem a potem nasilonym poczuciem winy. W okresie spadku nastroju osoba chora podejmuje próby samobójcze.

Zdaniem Jacka Bomby typologia depresji młodzieńczej autorstwa Antoniego Kępińskiego ma charakter służebny (Bomba, 2014, s. 301). Dzięki temu możliwe jest ustalenie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Autor klasyfikacji wskazuje także najważniejsze cele psychoterapii dla każdego z tych typów.

## **2.4. Koncepcje teoretyczne depresji**

W nauce psychologii istnieje wiele modeli depresji. Różnią się one przyjętym paradygmatem, który opisuje mechanizm odpowiedzialny za wystąpienie zaburzenia i podtrzymywanie jego objawów. Do najbardziej powszechnych ujęć depresji należy poznawczy model. Oprócz tego istnieją także teorie psychodynamiczne wyjaśniające powstawanie depresji oraz modele interpersonalne.

### **2.4.1. Poznawcze koncepcje depresji**

Wyjaśnienie mechanizmu powstawania depresji na gruncie teorii poznawczych zawiera różne elementy. Oparte są one o teorie uczenia się, które następuje na drodze warunkowania klasycznego, warunkowania sprawczego oraz modelowania.

Najbardziej powszechnym modelem wyjaśniającym powstanie depresji jest tzw. teoria depresji Becka. Autor podkreśla znaczenie zaburzeń myślenia a nie emocji w powstawaniu depresji. Myślenie to zniekształca rzeczywistość i powoduje powstawanie negatywnego obrazu siebie. Osnowymi mechanizmami opisanymi przez amerykańskiego psychiatrę Aaron Becka jest: triada depresyjna, błędne przetwarzanie informacji i negatywne schematy „ja”. Triada depresyjna to negatywne poglądy na temat siebie, świata i przyszłości. Negatywne przekonania



o własnej osobie przejawiają się poprzez przeświadczenie o własnej niekompetencji i bezwartościowości co przekłada się na odczuwanie wzmożonego poczucia winy i wstydu. Negatywna ocena świata ma związek z niekorzystną oceną interakcji z innymi ludźmi i generuje poczucie krzywdy, osamotnienia i niemoc. Depresyjne odbieranie przyszłości opisywane jest z kolei jako niosącą niepowodzenia i cierpienia, co wzmagą poczucie beznadziei. Triada depresyjna dotyczy oczekiwań, interpretacji, spostrzeżeń i wspomnień. Strata obejmuje doświadczenie fizycznej utraty związku, rozczarowania w kontaktach interpersonalnych, rozczarowania dotyczącego dotychczasowego obrazu siebie (samooceny) i pożądaných celów (Kołodziejek, 2008, s. 21). Drugim elementem teorii Becka jest błędne przetwarzanie informacji. Pośród błędnych ocen poznawczych Wioletta Radziwiłłowicz (2011, s. 132-133) wymienia:

- arbitralne wnioskowanie, czyli dochodzenie do konkluzji, które nie mają uzasadnienia w rzeczywistości (np. czytanie w myślach),
- selektywne abstrahowanie, czyli koncentrowanie się na szczegółach wziętych spoza kontekstu i interpretowanie zdarzeń na ich podstawie, a jednocześnie pomijanie innych, bardziej widocznych i ważnych cech sytuacji (np. koncentrowanie się tylko na negatywnych skutkach),
- nadmierna generalizacja, czyli przekonanie, że pojedyncze negatywne zdarzenia będą ciągle powtarzać się w przyszłości,
- wyolbrzymianie i minimalizowanie, czyli tendencje do niedoceniań własnych pozytywnych stron i osiągnięć oraz wyolbrzymiania błędów i niepowodzeń,
- personalizacja, czyli tendencja do odnoszenia zewnętrznych wydarzeń do własnej osoby, nawet jeśli nie ma podstaw do spostrzegania takiego związku (np. przyjmowanie odpowiedzialności za negatywne następstwa),
- absolutystyczne, dychotomiczne myślenie, czyli tendencja do umieszczania przeżyć w dwóch opozycyjnych kategoriach (czarno-białe widzenie świata). W odniesieniu do własnej osoby osądy są zawsze skrajnie negatywne.

Ten mechanizm opisany przez Aarona Becka w jego teorii depresji odnosi się do struktur organizacji myślenia. Osoby depresyjne posiadają zdaniem Becka depresyjny schemat poznawczy, który przejawia się w selekcji informacji, sposobach przekształcania informacji i zasadach ich wykorzystywania. Źródłem depresyjnego schematu poznawczego są traumatyczne doświadczenia z okresu dzieciństwa oraz negatywne osądy powtarzane przez znaczące osoby. Jest to wyznacznik indywidualnej wrażliwości na reakcję depresyjną w



sytuacji stresu (Radziwiłłowicz, 2011, s. 132). Procesy poznawcze dopasowują pozyskiwane informacje do przyjętego schematu, czyli stereotypu myślenia. W depresji dysfunkcjonalne schematy poznawcze należą do dwóch kategorii przekonań. Pierwszy dotyczy własnej bezradności, a drugi jest przekonaniem o niezasługiwaniu na miłość. W zaburzeniach depresyjnych zawsze dominuje jedna z dwóch wymienionych kategorii przekonań. Uzależnione jest to od przyjętego schematu poznawczego. Zdaniem Małgorzaty Kołodziejek (2008, s. 22) dziecięce poznawcze reprezentacje własnej osoby są bardziej elastyczne i bardziej wrażliwe na nowe informacje i jednocześnie mniej abstrakcyjne niż reprezentacje adolescentów i osób dorosłych.

Trzecim elementem teorii depresji według Aarona Becka są negatywne schematy „ja”. Są to utrwalone w pamięci reprezentacje doświadczeń, które stanowią swoisty filtr informacji. Negatywne schematy „ja” odnoszą się do zestawu negatywnych przekonań na temat własnej osoby. Jest to mechanizm, który ma na celu wybiórcze przyjmowanie informacji, które potwierdzają negatywne przekonania na temat własnej osoby. Schemat ten aktywuje się szczególnie w sytuacjach stresowych. Pobudzenie tego schematu kieruje spostrzeganiem dziecka albo osoby dorosłej na wszystkie negatywne aspekty sytuacji, które potwierdzają jego niekompetencję. Źródłem takich przekonań są doświadczenia z dzieciństwa, które opierają się o nadmierną krytykę i odrzucenie ze strony rodziców. Jako wydarzenia wyzwalające depresję Beck uznał różne sytuacje i uzależnił wystąpienie objawów choroby od typu osobowości. Osoby o stylu socjotropicznej osobowości, które opierają własne poczucie wartości na bliskich związkach i uzyskiwaniu aprobaty przez osoby bliskie, mogą zachorować w związku z przeżywaniem lekceważenia ze strony innej osoby. Z kolei osoby o stylu osobowości autotropicznej opierające własne poczucie wartości na osiągnięciach i własnej niezależności, mogą zachorować po przegranej w zawodach sportowych. Constance Hammen (2004, s. 96) podkreśla, że wrażliwość na depresję, zdaniem Becka, odnosi się do dysfunkcyjnych przekonań i myśli, które włączają się, kiedy zdarzenia następują w ważnej dla danej osoby sferze i są przez nią interpretowane jako zubożenie poczucia własnej wartości.

Drugą doniosłą koncepcją wyjaśniającą powstawanie depresji jest teoria wyuczonyj bezradności Martina Seligmana. Powstała ona w oparciu o teorię depresji Aarona Becka. Teoria wyuczonyj bezradności wyjaśnia objawy depresji w oparciu o doświadczanie pozytywnych i negatywnych zdarzeń, na które jednostka nie ma wpływu. Osoba ma przekonanie, że bez względu na własne wysiłki i starania, nie może wpływać na wynik własnego działania i stosunek innych osób do niej. Pojawia się wtedy uczucie bezradności. Im więcej negatywnych doświadczeń jednostki, tym szybciej pojawia się u niej oczekiwanie własnej bezradności w





przyszłości. Skutkuje to deficytem wyuczonej bezradności, czyli przekonaniem o braku skuteczności własnego działania, braku wiary w poczucie wpływu na sytuację, biernością oraz stanem przygnębienia, obniżonym nastrojem i lękiem. Deficyty te dotyczą sfery poznawczej, motywacyjnej, emocjonalnej i prowadzą do depresji. Małgorzata Kołodziejek (2008, s. 23) interpretując koncepcję wyuczonej bezradności oraz model beznadziejności podkreśla, że depresjogeny styl atrybucji oznacza poznawczą podatność, która w obecności negatywnych specyficznych zdarzeń życiowych (lecz nie przy ich braku) zwiększa ryzyko zachorowania na depresję z powodu beznadziejności. Autorka podkreśla, że na depresję naraża osobę nie tyle istnienie negatywnego stylu atrybucji, ile raczej brak pozytywnego stylu atrybucyjnego (uwzględniającego przyczyny zdarzeń zewnętrzne, nietrwałe, o ograniczonym zasięgu).

Kolejny modele wyjaśniający powstawanie depresji na gruncie poznawczym jest model społeczno- środowiskowy Lewinsohna, który podkreśla rolę pozytywnych wzmocnień jako czynnika chroniącego w depresji. Zgodnie z modelem utworzonym przez Lewinsohna brak pozytywnych wzmocnień ze strony środowiska, odbierane jest jako odrzucenie i powoduje lub wzmocnia już istniejące zachowania o charakterze depresyjnym. Pozytywne wzmocnienia dostarczane są poprzez satysfakcjonujące interakcje i relacje z innymi osobami. Brak takich interakcji powoduje powstawanie smutku poprzez brak realizacji potrzeby miłości i uznania. Zdaniem Lewinsohna drugim czynnikiem, który wzmacnia wystąpienie depresji są doświadczenia karzące. Mogą mieć one charakter bezpośredni poprzez co jednostka pogłębia negatywny bilans wzmocnień. Doświadczenia karzące oddziałują także w sposób pośredni poprzez zahamowanie interakcji jednostki ze środowiskiem i umożliwienie doświadczania pozytywnych wzmocnień.

Modele oparte na deficycie regulacji z kolei wskazują, że samokontrola w zakresie samoobserwacji, samooceny i samowzmocnienia może być źródłem depresji (Radziwiłłowicz, 2011, s. 135). Deficyty w obrębie samoobserwacji zdaniem Rehma, który jest autorem modelu, wynikają z różnic indywidualnych w obszarze selektywnej uwagi. Osoby depresyjne skupiają się przede wszystkim w swoich procesach poznawczych na negatywnych zdarzeniach. W związku z tym powstaje obraz negatywnej przyszłości u osoby z deficytami w zakresie samoobserwacji. Wiąże się to z utratą wizji przyszłości oraz takimi uczuciami jak bezradności i brak motywacji. Drugim elementem opisywanym w modelu samokontroli jest samoocena. Osoba chora ma bardzo krytyczne wskaźniki samoewaluacji, co sprowadza się do oceny własnych działań jako porażek. Prowadzi to do zaniżonej samooceny i obniża poziom poczucia własnej sprawczości. Przejawia się to między innymi poprzez apatię, pasywność, przekonanie o braku wpływu na swoje życie i wzmocnia poczucie bezradności. Wzrasta tym samym



poczucie niekompetencji u osoby chorej. Przekłada się to na negatywny obraz własnej osoby i wzmożone poczucie winy. Trzecim elementem modelu samokontroli jest samowzmacnianie. U osoby chorej polega to na niedostatecznym nagradzaniu się i nadmiarze kar. Przejawami samokarania jest obniżenie napędu motorycznego w działaniu osoby chorej. Dotyczy to takich objawów depresji jak niska aktywność, niezdolność do podtrzymania wysiłku oraz brak inicjatywy. Intensywne samokaranie może wywołać objawy autoagresji.

Innym rodzajem deficytów, które są czynnikami wywołującymi depresje są deficyty w obrębie rozwiązywania problemów. Model racjonalnego rozwiązywania problemów wyjaśnia mechanizm powstawania choroby szczególnie u osób młodych. Małgorzata Kołodziejek wskazuje, że u adolescentów nasilenie depresji, skłonności do autodestrukcyjnych i samobójczych zachowań, związany jest z negatywnym nastawieniem do problemów oraz unikowym i impulsywnym stylem ich rozwiązywania (Kołodziejek, 2008, s. 23). Wzmocnieniem tego typu reakcji są negatywne zdarzenia losowe i zmniejszenie prawdopodobieństwa występowania wzmocnień pozytywnych.

Modelem podobnym do wyżej opisanych jest model kompetencji opisany przez Cole'a. Odwołuje się on w założeniach teoretycznych to modelu społeczno- środowiskowego Lewinsohna oraz modelu samokontroli Rehma. Cole opisuje, że informacja zwrotna o dokonaniach dziecka ma kluczową rolę w tworzeniu jego poczucia kompetencji. Negatywne informacje zwrotne na temat osiągnięć szkolnych, sportowych, akceptacji społecznej i atrakcyjności fizycznej, mogą hamować budowanie pozytywnego obrazu własnej osoby. Autor podkreśla, że młody wiek szkolny jest okresem kluczowym i odgrywa bardzo ważną rolę w czynnikach odpowiedzialnych za powstawanie depresji. Jego zdaniem stosowanie intensywnych porównań społecznych wzrasta właśnie w tym okresie. Ponadto jest to czas wyodrębniania się stałych indywidualnych cech jednostki i myślenia operacyjnego, które wpływają na budowanie tożsamości i pojęcia „ja”.

Modelem łączącym, a zarazem rozwijającym teorię depresji Becka, teorię wyuczonej bezradności Seligmana oraz model kompetencji Cole'a, jest model podatność poznawcza- stres. Autorkami tego podejścia są Hilsman i Garbner. Zgodnie z tym modelem stresor wyzwała reakcję depresyjną, choć nie sam stresor jest najważniejszy jako czynnik decydujący o wystąpieniu choroby. Najważniejsza jest negatywna ocena tego wydarzenia przez jednostkę (Hammen, 2004, s. 112). Osoby o negatywnym stylu poznawczym z większym prawdopodobieństwem zachorują na depresję niż te, których styl poznawczy jest pozytywny. Drugim istotnym czynnikiem wymienianym w modelu podatność poznawcza- stres jest poczucie kontroli nad wydarzeniami życiowymi. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli lub



poczucie jej braku jest wskazywane jako czynnik wystąpienia depresji u dzieci (Radziwiłłowicz, 2011, s. 140). Na podstawie tego modelu George Brown wraz ze współpracownikami opracowali listę cech, które wzmagają brak nadziei i poczucie beznadziejności. Za czynniki podatności zachorowań na depresję uznali oni brak bliskiego związku lub relacji opartej na zaufaniu, utratę matki przed ukończeniem jedenastego roku życia, wychowywanie co najmniej trójki dzieci będących w wieku poniżej czternastego roku życia oraz brak pracy poza domem (Hammen, 2004, s. 113).

Teorie poznawcze w różny sposób wyjaśniają powstawanie depresji. Najczęściej odwołują się one do utrat i urazów z dzieciństwa, interakcji pomiędzy wydarzeniami życiowymi a poznawczą podatnością na depresję oraz występowania negatywnych schematów poznawczych. Czynnikiem łączącym wszystkie teorie poznawcze jest negatywne myślenie, które przez jednych teoretyków uznawane jest za czynnik powodujący, a przez innych za czynnik podtrzymujący objawy depresji.

#### **2.4.2. Psychodynamiczne koncepcje depresji**

Psychodynamiczna teoria wyjaśniająca mechanizm powstawania depresji, opisuje zaburzenie jako zjawisko nieuchronne. Towarzyszy ono bowiem rozwojowi człowieka. Każdy człowiek w swoim życiu przeżywa stratę. Może ona dotyczyć osoby bliskiej lub czegoś co było ważne dla danej osoby. Jest to tak zwany obiekt. Obiekt może być zewnętrzny lub wewnętrzny. Ten pierwszy przybiera postać realnej osoby lub rzeczy, a ten drugi jest wewnętrzną interpretacją psychiczną obiektu zewnętrznego. Drugą sytuacją, w której człowiek doświadcza depresji w opisie koncepcji psychodynamicznej, jest przejście do kolejnego etapu rozwojowego. Depresja jest przeżywana jako stan braku obiektu. Opisana została na gruncie teorii relacji z obiektem. Jednakże należy odróżnić reakcję depresyjną na utratę obiektu od sytuacji żałoby. Zdaniem Wioletty Radziwiłłowicz (2011, s. 127) żałoba i przeżywany w niej smutek, żal i rozpacz związane z osobą zmarłą, są naturalną reakcją. Żałoba zawsze jest związana z konkretnym wydarzeniem ją wywołującym. Natomiast w depresji nie da się ustalić czynnika przyczynowego, gdyż doświadcza się utraty nieświadomej. W przypadku depresji przeżywana jest utrata obiektu wewnętrznego, którym może być uwewnętrzniona postać rodzicielska, pewne jej aspekty bądź też marzenia, fantazje i oczekiwania (Radziwiłłowicz, 2011, s. 127). Założeniem teorii relacji z obiektem jest to, że energia psychiczna od urodzenia dąży do obiektu i jest zaangażowana w relacje z nimi. Melanie Klein opisuje fazy rozwoju psychicznego dziecka w trakcie, których każdy człowiek przyjmuje dwie pozycje: najpierw schizoidalną a następnie po niej pozycję depresyjną. Zdaniem autorki pozycja ta jest mieszanką



popędów, obron i relacji z obiektem, które wyrażają się poprzez zachowania afektywne (Radziwiłłowicz, 2011, s. 127). Początkowo dziecko ma rozszczepiony obraz matki, którą widzi raz jako dobry, kojący i karmiący obiekt, a innym razem jako obiekt zły, który frustruje. Złość na matkę projektowana jest przez dziecko na nią. Wraz z rozwojem dziecko zaczyna postrzegać matkę jako jeden obiekt, który czasem jest dobry a czasem budzi złość. Tak powstaje ambiwalencja, która jest typowa dla pozycji depresyjnej. U dziecka zaczyna pojawiać się poczucie winy i lęk, które wynikają z tego, że ma ono przekonanie, iż zniszczy matkę swoją złością albo ona je porzuci z powodu negatywnych tendencji. Taka sytuacja może rozstrzygnąć się pozytywnie, gdy dziecko utworzy wewnętrzny dobry obiekt dzięki procesowi symbolizacji. Jest to wyzwaniem, gdyż silniej doświadczanymi uczuciami jest złość i gniew od miłości do matki. Reprezentacje symboliczne pozwalają zachowywać pozytywny obraz matki, nawet gdy jej nie ma lub nie zaspakaja potrzeb. Brak reprezentacji symbolicznej w tym okresie skutkuje poczuciem braku miłości i w dorosłym życiu osoba może powrócić do mechanizmów rozwiązywania pozycji depresyjnej i związanych z nią uczuć utraty, winy, smutku i braku własnej wartości. Może się to przejawiać między innymi poprzez wchodzenie w relacje z osobami, które rozczarowują i frustrującymi potrzeby. Złość wtedy kierowana jest na własną osobę i może ona wtedy przybrać postać myśli samobójczych (Radziwiłłowicz, 2011, s. 129). Pozycja depresyjna nigdy nie zostaje całkowicie rozwiązana, szczególnie w sytuacji, gdy pojawia się lęk przed utratą dobrego obiektu.

Poza Melanią Klein, depresja została także opisana przez Freuda. Zygmut Freud wiązał mechanizm powstawania depresji ze stłumionym gniewem. Ojciec psychoanalizy zauważył, że u pacjentów depresyjnych istnieje bardzo silna potrzeba wsparcia emocjonalnego, która przypisywana jest oralnej fazie rozwoju, który przypada na okres niemowlęstwa. W swojej książce pt. „Żaloba i melancholia” Freud opisywał, że agresja skierowana do wewnątrz powoduje obniżenie samooceny, samooskarżenia i jest przyczyną samobójstw. Freud w swojej teorii mówi o utracie obiektu miłości, czyli rozczarowaniu osobą obdarzoną miłością przez dziecko. W efekcie dziecko identyfikuje się z utraconym obiektem i „włącza” go w obszar swojego ego, czyli „ja”. Złość, odczuwana pierwotnie wobec utraconego obiektu, zostaje skierowana na samego siebie, a kolejne doświadczenia straty i odrzucenia reaktywują uczucia związane z utratą pierwotnego obiektu. Może skutkować to do wystąpieniem objawów depresji (Rybakowski, 2010, s. 312).

Na gruncie teorii psychodynamicznej wielokrotnie poruszano przyczyny zaburzeń depresyjnych. Węgierski psychoanalityk Sandor Rado rozumiał depresję jako utratę szacunku do własnej osoby. Jego zdaniem osoba posiadającą narcystyczny rys osobowości miała większą



podatność na zaburzenia depresyjne. Mechanizm powstawania depresji opisywał jako skutek wycofywania się i dystansu obiektu miłości, który u osoby chorej wzbudza wrogość. Odczuwanie poczucia winy i tendencje pokutnicze rozumiane są jako strategia odzyskiwania obiektu miłości przez osobę chorą (Radziwiłłowicz, 2011, s. 130). Bliskie tej teorii były także poglądy Melani Klein i Edwarda Bibringa. Ten drugi zwracał także uwagę na bezradność, która również może być czynnikiem rozwoju depresji. Zdaniem Edwarda Bibringa zaburzenia depresyjne pojawiają się, gdy ego czuje się bezradne w zaspokajaniu swoich aspiracji. Powodem tego stanu rzeczy mogą być nierealistyczne oczekiwania stawiane innym oraz przeżycie silnego poczucia bezradności, najprawdopodobniej w okresie niemowlęctwa.

Do czynników wpływających na wystąpienie depresji na gruncie teorii psychodynamicznych zalicza się także określony typ osobowości. Charakteryzuje się on nadmiernym poleganiem na zewnętrznych źródłach samooceny, gratyfikacji oraz nadawaniu znaczenia własnym działaniom. Osoby podatne na wystąpienie depresji umiejscawiają źródło gratyfikacji i szacunku do siebie na zewnątrz. Osoba taka czerpie satysfakcję z własnego działania dopiero po uzyskaniu aprobaty z zewnątrz. Drugim typem osobowości, która zdaniem Silvano Arietiego predysponuje do wystąpienia depresji jest uzyskiwanie szacunku i gratyfikacji własnej osoby jedynie w działaniu i osiągnięciu celów. Jest to warunkowane relacją nagradzania za wywiązanie się z zadania w dzieciństwie. Ten model najczęściej dotyczy mężczyzn (Radziwiłłowicz, 2011, s. 131).

Teoria psychodynamiczna podkreśla znaczenie wczesnodziecięcych doświadczeń jako czynnika wywołującego depresję. Osoby depresyjne na gruncie tej teorii opisywane są jako mające trudność z osiągnięciem autonomii i niezależności w relacjach z innymi. Depresyjność przejawia się także w trudnościach w bliskich relacjach z innymi.

### **2.4.3. Interpersonalny model depresji**

Założeniem podejścia interpersonalnego jest z jednej strony odwołanie się do wczesnodziecięcych doświadczeń na których oparte są teorie psychodynamiczne, a z drugiej strony wykazanie podobieństwa z modelem społeczno-środowiskowym autorstwa Lewinsohna. W koncepcji interpersonalnej kluczowe znaczenie dla zdrowia jednostki ma więź społeczna i interpersonalna jednostki. Szczególną rolę w występowaniu depresji zajmują niesatysfakcjonujące relacje interpersonalne, które uznawane są za powód występowania depresji, ale także jej konsekwencja przejawiająca się w życiu jednostki.

Mechanizm powstawania depresji u dzieci i młodzieży opisuje między innymi model interpersonalny zaproponowany przez Brage i Meredith. Według badań przeprowadzonych w



latach dziewięćdziesiątych wysokie poczucie osamotnienia i niskie poczucie własnej wartości są predyktorami depresji u młodych osób. Poczucie osamotnienia jest związane z negatywną oceną własnej osoby w relacjach z innymi. Osoba o wysokim poczuciu osamotnienia ma przekonanie, że brak jej kompetencji społecznych i ma poczucie braku akceptacji. Ma także obniżony poziom zaufania do siebie i innych. Przejawia się to poprzez niepokój, zmęczenie, spadek energii a także przygnębienie i smutek. Skutkuje to także obniżonym poczuciem własnej wartości. Obydwa elementy modelu interpersonalnego dotyczą relacji rówieśniczych oraz rodzinnych (Radziwiłłowicz, 2011, s. 145).

Badacze wskazują także na związek pomiędzy depresją a trudnościami w komunikacji z innymi. Brak efektywnej komunikacji z rodzicami i środowiskiem rówieśniczym wzmaga problemy interpersonalne jednostki. Opisywane są one także jako czynnik występowania depresji oraz skutek choroby. Pewnym wyjaśnieniem takiego stanu rzeczy jest model nadmiernego poszukiwania wsparcia. Zgodnie z tym modelem słabe nasilenie objawów depresyjnych może prowadzić do szukania wsparcia u innych. Wsparcie dostarczane przez środowisko jest nieufnie przyjmowane przez osobę chorą, która domaga się coraz więcej oddziaływań wspierających. Powoduje to reakcję odrzucenia ze strony środowiska. Sytuacja ta jest w przeżywaniu osoby chorej potwierdzeniem jej negatywnych założeń i wzmacnia występowanie objawów. W zależności od etapu rozwoju, na którym objawy depresyjne się ujawniają, jednostka szuka wsparcia w różnych środowiskach. Dzieci odwołują się do rodziców, młodzież do rówieśników, a osoby dorosłe do partnera. Stąd też związek pomiędzy występowaniem depresji a zasobami społecznymi. Prawidłowe relacje w dzieciństwie, tworzenie bezpiecznego stylu przywiązania, wsparcie emocjonalne we wczesnych etapach rozwoju, ale także satysfakcjonujące relacje z rówieśnikami są czynnikiem przeciwdziałania depresji.

W zależności od przyjętego paradygmatu mechanizm powstawania depresji jest różny. Podejście teoretyczne w znacznej mierze się dopełniają. Dlatego znajomość biologicznych, indywidualnych i środowiskowych uwarunkowań depresji ma istotne znaczenie. Stanowi to punkt wyjścia do konstruowania efektywnych interwencji, programów terapeutycznych oraz oddziaływań profilaktycznych.

## 2.5. Uwarunkowania depresji

Występowanie zaburzeń depresyjnych jest rozpowszechnione na całym świecie. Rozwój choroby uwarunkowany jest licznymi czynnikami, które w różnym stopniu wpływają



na wystąpienie depresji. Pośród najważniejszych kategorii znajdują się czynniki biologiczne, społeczno-kulturowe i rodzinne.

### 2.5.1. Czynniki biologiczne

Wiele aspektów depresji wskazuje na powiązanie występowania choroby wraz z biologicznymi uwarunkowaniami człowieka. Należą do nich z jednej strony same objawy somatyczne depresji, teorie dotyczące genetycznego dziedziczenia depresji, ale także skuteczność farmakoterapii w leczeniu zaburzeń depresyjnych oraz występowanie depresji jako skutek uboczny działania leków lub skutek urazu głowy i chorób mózgu. Czynniki biologiczne w depresji opisywane są na różnych poziomach złożoności i szczególności. Jednak złożoność tych procesów uznawana jest przez cały świat nauki. Powszechne są dwa nurty wyjaśniania i rozumienia czynników biologicznych, gdzie jednym z nich jest korelacja czynników biologicznych i wystąpienie depresji, a drugim jest konsekwencja wystąpienia zaburzeń w obszarze biologicznym funkcjonowania człowieka.

Badanie genetycznych aspektów depresji dotyczą zarówno rodzin i dziedziczenia poszczególnych zaburzeń, bliźniąt i występowania chorób w tej grupie a także grupy dzieci adopcyjnych. Badania nad rodzinami wskazują, że częstość występowania depresji u krewnych pierwszego stopnia wynosi od 7 do 30%, co oznacza, że jest znacznie wyższa niż w ogólnej populacji. Większe prawdopodobieństwo wystąpienia depresji wśród krewnych dotyczy ciężkich depresji. Łagodne formy zaburzeń depresyjnych nie są tak rozpowszechnione wśród krewnych. Jednak dystymia występuje częściej wśród krewnych osób chorych niż w ogólnej populacji. Dystymia także wiąże się z wystąpieniem dużej depresji w rodzinie. Ponadto zarówno ciężka depresja jak i dystymia związane są z wyższym wskaźnikiem występowania zaburzeń psychicznych w rodzinie (Hammen, 2004, s. 74). Jeżeli chodzi o dzieci osób chorych na depresję, to badania wskazują, że od 50 do 80 % z nich przejawia w dzieciństwie lub w okresie dorastania zaburzenia depresyjne. Oprócz nich często w tej grupie rozpoznawane są zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania lub zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (Hammen, 2004, s. 75). Badania nad bliźniętami wskazują, że bliźnięta jednojajowe, które posiadają dokładnie takie same geny, a zgodność dla depresji trwającej całe życie wynosi u nich 46%. Oznacza to, że w parze bliźniaków jednojajowych mniej niż połowa zachorowała na depresję razem. Zdaniem Hammen i badań, na które się powołuje, czynniki genetyczne odgrywają umiarkowaną rolę w rodzinnych wzorcach depresji (Hammen, 2004, s. 75). Ta amerykańska psycholog sugeruje także za innymi badaczami, że genetyka może mieć szczególne znaczenie w powtarzającej się depresji z cechami



endogennymi (depresja melancholijna) (Hammen, 2004, s. 75). Warto przywołać koncepcję, w której czynniki genetyczne uznawane są jako podatność na reakcję depresyjną. Podatność ta opisana została w modelu podatność- stres. Oznacza to, że inne jest działanie czynników środowiskowych na osoby, które posiadają podatność na depresję, a inne na osoby, które tej podatności nie mają (Hammen, 2004, s. 77).

Drugim nurtem wyjaśniającym biologiczne podłoże depresji jest rola neuroprzekaźników monoaminowych w zaburzeniach nastroju. Są one szczególnie ważne w funkcjonowaniu układu limbicznego, który odpowiada za regulację popędów i emocji. Od lat pięćdziesiątych XX wieku badano działanie leków na wywoływanie lub redukcję depresji. Schickraut opracował katecholaminowy model zaburzeń afektywnych, w którym stwierdził, że depresja powstaje na skutek niedoboru neuroprzekaźników monoaminowych. Po dwudziestu latach badacze odeszli od tego prostego modelu. Powstały modele bardziej złożone, choć nadal procesy te nie zostały całkowicie odkryte. Współczesna wiedza wskazuje na interakcję różnych substancji i neuroprzekaźników w modelu powstawania depresji (Hammen, 2004, s. 79).

Kolejną sferą biologicznego funkcjonowania człowieka w kontekście występowania depresji jest endokrynologia. Jednym z hormonów, którego stężenie zostało powiązane z występowaniem depresji jest kortyzol, który reguluje funkcjonowanie osi podwzgórze-przysadka- nadnercze. Układ ten jest zaangażowany w trakcie reakcji organizmu na stres. Badania potwierdzają, że osoby w dużej depresji posiadają podwyższony poziom kortyzolu we krwi, jednak oddziaływania na wytwarzanie i hamowanie kortyzolu u osób chorych nie przyniosły rezultatu (Hammen, 2004, s. 80). Ustalono jedynie, że nadmiar kortyzolu u osób chorych na depresję jest nieprawidłową reakcją na stres. Stąd hipoteza, że niektóre formy depresji wynikają z ostrego i uogólnionego stresu. Ponadto kortyzol odgrywa także rolę w deregulacji rytmu dobowego u chorych na depresję. Chodzi o trzy odchylenia od normy we wzorach snów u pacjentów z depresją. Pierwszym problemem dotyka prawie 80% chorych i polega na zaburzeniach związanych z ciągłością snu, czyli trudnościami z zaśnięciem, ciągłością snu i we wczesnym wybudzaniu. Drugie odchylenie to skrócenie snu wolnofalowego, a trzecie to zmiana charakteru i rozkładu czasowego fazy snu REM. Anomalie związane ze snem charakterystyczne są dla osób dorosłych, nie zostały jednak potwierdzone w odniesieniu do dzieci i młodzieży chorującej na depresję. Dochodzi do dezorganizacji i desynchronizacji różnych cykli w stosunku do siebie. Objawy dotyczące zaburzeń snu i wydzielanie kortyzolu w cyklu sen- czuwanie w rytmie dobowym powodują symptomy depresji. Kolejną hipotezą dotyczącą zaburzeń depresyjnych i gospodarki hormonalnej człowieka jest niedobór światła słonecznego w sezonie jesienno- zimowym, co powoduje powstawanie depresji sezonowych,





inaczej zwanych wyolbrzymionym sezonowym wahaniem nastroju. Zdaniem Hammen (2004, s. 85) zebrano zbyt mało dowodów na istnienie takiego związku i należy je badać pod kątem funkcjonowania osi podwzgórze- przysadka- nadnercze i wydzielania hormonów: acetylocholiny, serotoniny i dopaminy.

Gospodarka hormonalna ma także znaczenie w występowaniu depresji u kobiet. Wymienia się tu miesięczkowe zaburzenia dysforyczne, poporodowe przygnębienie, dużą depresję poporodową oraz psychotyczną depresję poporodową. Zostały one omówione w podrozdziale dotyczącym płci.

Budowa mózgu i jego funkcjonowanie również zdaniem badaczy mają związek z biologicznymi czynnikami powstawania depresji. Statystyki wskazują, że po ostrym udarze mózgu od jednej trzeciej aż do połowy chorych zapada na depresję poudarową. Jest ona wywołana uszkodzeniem mózgu w czołowej i lewej stronie oraz prawej tylnej okolicy płatów czołowych. Na tej podstawie podjęto także badania budowy mózgu innych chorych na depresję (Hammen, 2004, s. 86).

Reasumując należy wskazać, że nie istnieje biologiczna teoria powstawania depresji, która precyzyjnie wyjaśniałaby mechanizm powstawania choroby. Funkcjonowanie organizmu człowieka w reakcji na stres ma związek z pojawieniem się zaburzeń depresyjnych, lecz precyzyjnie nie można ustalić tych zależności. Na powstawanie depresji mogą mieć wpływ zaburzenia funkcjonowania rytmu biologicznego szczególnie w obszarze snu i niedoboru światła słonecznego, nie ma jednak dowodów na wpływ działania żeńskich hormonów na powstawanie depresji.

### **2.5.2. Czynniki społeczno-kulturowe**

Czynniki społeczno- kulturowe to grupa przyczyn wstępowania depresji umiejscowiona w szeroko rozumianym środowisku. Dotyczy zarówno zbioru reguł i norm, ale także strefy ludzkiej działalności i jej wytworów. Obejmuje także proces socjalizacji, przemian społecznych i politycznych, ale także płęć kulturową i procesy społeczne.

Z badań międzykulturowych nad depresją wynika, że występowanie objawów zaburzeń psychicznych w tym depresji ma związek ze wzorem socjalizacji przebiegającym w danej kulturze. Socjalizacja zdaniem Piotra Sztompki (Sztompka, 2007, s. 224) to proces kształtowania się mentalności, postaw i działań ludzi przez społeczeństwo. Może on przebiegać w odniesieniu do jednostki jako punktu ciężkości, albo grupy. Indywidualizm charakteryzuje się podkreśleniem znaczenia jednostki, jej wpływu na własne życie, ukierunkowaniem na osiągnięcia. Łączy się to także z ponoszeniem odpowiedzialności za swoje sukcesy i porażki.



Inaczej jest w kulturach kolektywnych, które kładą nacisk na relacje interpersonalne. Jednostka wychowywana w takim modelu jest zależna od innych i ma wiele zobowiązań wobec społeczeństwa i państwa. Jedną z hipotez badawczych kulturowych badań nad depresją z końca XX wieku głosi, że kultury kolektywistyczne sprzyjają powstawaniu zaburzeń depresyjnych. Dowodem na to ma być wysoki wskaźnik depresji wśród młodzieży w Japonii, gdzie najwyższymi wartościami jest posłuszeństwo i samokontrola i szacunek do autorytetów (Radziwiłłowicz, 2011, s. 49). Obecni te wskaźniki wyrównały się w odniesieniu do miast w Stanach Zjednoczonych i Azji, prawdopodobnie na skutek procesu globalizacji i zmian socjoekonomicznych. Drugim wskaźnikiem wzorów socjalizacji jest kontinuum autonomii i socjotropii (zależności), który określa wzorce relacji interpersonalnych. Wysoka autonomia wiąże się z brakiem czułości, powściągliwością i unikaniem społecznym, a socjotropią w dużym natężeniu charakteryzuje się uległością, przyzwoleniem, ciepła i sympatyczną postawą wobec innych. Badania przytoczone przez Wioletę Radziwiłłowicz (2011, s. 50). dowodzą, że bez względu na model, występowanie zaburzeń depresyjnych jest skorelowany z wysoką autonomią i z wysoką socjotropią w sytuacji, gdy osoba spotka się z groźbą straty związanej z jej specyficznym wzorem zaangażowania. Przykładowo u osoby z wysokim poziomem socjotropii strata bliskiej osoby wywoła reakcję depresyjną, a u osoby niezależnej nie. Natomiast osoba z wysokim wskaźnikiem autonomii zareaguje depresyjnie na błędne wykonanie zadania lub porażkę w sferze zawodowej.

Czynnikami ryzyka wystąpienia zaburzeń emocjonalnych są także przemiany społeczne i polityczne. Liczne wyzwania związane z emigracją lub przemianami ustrojowymi, które miały miejsce w Polsce w 1989 roku, skutkowały osłabieniem więzi społecznych, przemianami w modelach życia rodzinnego z naciskiem na model rodziny nuklearnej, ale także brakiem stabilizacji finansowej, dużym zagrożeniem bezrobociem i rosnącym konsumpcjonizmem. Hanna Jaklewicz wraz ze współpracownikami (2001, s. 35) wskazuje na konieczność zmiany dotychczasowych celów oraz lęku o przyszłość sprawiają, że młodzi ludzie nie mają możliwości wypracowania skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem. Skutkuje to poczuciem bezradności, brakiem zaufania we własne możliwości, obniżeniem samoakceptacji oraz negatywnym postrzeganiem świata.

Płeć również jest czynnikiem wskazywanym jako ryzyko wystąpienia depresji. Szczególnie mowa o kulturowym wymiarze płci (*gender*) i pełnieniu stereotypowych ról przypisanych płci żeńskiej. Bycie szczupłą i atrakcyjną fizycznie, bierność w kontaktach interpersonalnych oraz niższy status społeczny mają charakter depresjogeny (Radziwiłłowicz, 2011, s. 58). Autorka jednocześnie podkreśla, że w odniesieniu do wieku młodzieńczego płeć



męska jest czynnikiem chroniącym przed depresją (Radziwiłłowicz, 2011, s. 59). Podobnie wnioski przytacza analizując wpływ zadań rozwojowych i negatywnych wydarzeń życiowych. Autorka podkreśla, że jedynie kumulacja czynników stresujących w postaci nadmiaru wyzwań w wielu dziedzinach życia wyjaśnia wzrost objawów depresji wśród nastolatków. Okres dojrzewania związany jest dla nich z niepokojem i lękiem co do zmian zachodzących w ciele, podejmowaniem zachowań seksualnych oraz zmian w relacjach z rodzicami i grupą rówieśniczą.

Ponadto wśród społecznych czynników odpowiedzialnych za wystąpienie depresji w licznych opracowaniach wymienia się samotność, rozwód lub śmierć bliskiej osoby. Sytuacja rozwodu będąca czynnikiem zapalnym depresji najczęściej spotyka mężczyzn w podeszłym wieku. Kobiety żyjące poza związkiem mają mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia depresji niż kobiety żyjące w związkach. Depresja związana jest także z obniżeniem statusu ekonomicznego, choć najczęściej jest to następstwo choroby (obniżenie jakości pracy lub relacji interpersonalnych). Depresja jest bardzo częstym powodem absencji w pracy. Jest także wskazywana jako jedna z dziesięciu najczęstszych przyczyn niezdolności do pracy (Gałązka-Sobotka, 2014).

Badania wskazują także, że odżywianie ma wpływ na występowanie depresji. Istnieje korelacja pomiędzy poziomem kwasu foliowego i witaminy B12 a depresją. Związki te zaangażowane są w regulację mechanizmów odpowiedzialnych za nastrój. U osób z depresją stwierdza się niższy poziom kwasu foliowego oraz witaminy B12. Również deficyt kwasów tłuszczowych omega-3 jest związany z występowaniem chorób afektywnych- poza schizofrenią. Ważnym składnikiem zawartym w jedzeniu jest także tryptofan, zawarty w dużych ilościach w dorszu, pestkach dyni i parmeżanie. Wykazano odwrotną korelację pomiędzy przyjmowaniem w diecie tryptofanu a samobójstwami w społeczeństwach uprzemysłowionych. W licznych badaniach potwierdzono, że dieta bogata w ryby, warzywa, oliwę z oliwek i zboża jest negatywnie skorelowana z depresją. Dieta śródziemnomorska jest czynnikiem chroniącym przed depresją. Natomiast spożywanie słodczy oraz produktów przetworzonych i dan *typu fast food* wiąże się ze zwiększeniem ryzyka wystąpienia depresji w ciągu 6 lat (Wierzbński, 2016, s. 22).

### 2.5.3. Czynniki rodzinne

Pośród czynników społecznych i kulturowych często wymienia się rodzinę. Wpływ relacji rodzinnych na występowanie depresji można rozpatrywać w kontekście przemian instytucji rodziny, także jej kryzysu. Kryzys rodziny przejawia się we wzroście wskaźnika



rozwodów i separacji, rosnącej liczbie rodziców samotnie wychowujących dzieci, opóźnieniu decyzji matrymonialnych, wstrzymywaniu się od prokreacji albo całkowitej rezygnacji z posiadania dzieci i rosnącej liczbie związków nieformalnych. Cechami środowiska rodzinnego, które mają wpływ na wystąpienie depresji jest ponadto niski status ekonomiczny rodziny, wielodzietność i ograniczone wsparcie społeczne (Greszta, 2006, s. 723).

Drugim wymiarem wpływu czynników rodzinnych na występowanie zaburzeń depresyjnych są czynniki środowiskowe, które pojawiają się na wczesnym etapie życia. W literaturze przedmiotu najczęściej wymieniane są: styl przywiązania, style rodzicielskie oraz specyficzne stresory występujące w dzieciństwie.

Tworzenie się więzi w dzieciństwie, a w szczególności pierwszej relacji pomiędzy dzieckiem a jego opiekunem ma duże znaczenie w rozwoju psychospołecznym człowieka. Teoria przywiązania Johna Bowlby'ego zakłada, że rozwój stabilnego i bezpiecznego przywiązania jest decydujący dla zdrowego rozwoju (Hammen, 2004, s. 118). Teorie psychodynamiczne jako przyczynę zaburzeń depresyjnych podają utratę ważnego obiektu. Proces ten przebiegiem przypomina proces żałoby. Teoria relacji z obiektem zakłada ponadto, że reakcja depresyjna na utratę to uwewnętrzniona złość, która skierowana jest na samego siebie (Hammen, 2004, s. 118). Niepewne przywiązanie, które w relacjach objawia się niedostępnością opiekunów i ich brakiem dostatecznie wrażliwej reakcji na dziecko, u dziecka skutkuje niskim poczuciem wartości i postrzeganiem innych jako zagrażających, lub takich na których nie można polegać (Greszta, 2006, s. 720). Badania wskazują, że niepewne przywiązanie w okresie adolescencji ma wpływ na obraz siebie i zdolności regulacji stanów afektywnych. Większość badań wskazuje, że najwyższą korelację z depresją osiąga lękowy model przywiązania (Kołodziejek, 2008, s. 17). Cechuje się on niepokojem i sygnalizowaniem wielu potrzeb przez dziecko. W ten sposób dziecko manifestuje swój lęk przed opuszczeniem. Lękowe przywiązanie cechuje się także unikaniem a nawet odrzucaniem innych. W związku z takim modelem przywiązania może dojść do wzmocnionej bezradności i słabości albo poczucia niższości i porażki u osób chorych na depresję. Teoretycy (Kościńska, 2006, s. 7) wskazują także, że poznawcze komponenty stylu przywiązania działają jako wewnętrzne struktury organizujące sposób myślenia, przeżywania i działania w zdarzeniach odnoszących się do relacji. Nawiązuje to do teorii opartej na społecznym uczeniu się, która opisuje, iż zasady perspektywy poznawczej nabywa się w dzieciństwie na podstawie uczenia się w procesie adaptacji.

Teoria społecznego uczenia się powiązana jest ze stylami rodzicielskimi. Negatywna postawa rodzicielska również ma wpływ na negatywny obraz siebie i zaniżoną samoocenę, co



wpływa na występowanie depresji. Rodzice, który w relacjach z dzieckiem są chłodni, reagują odrzuceniem lub dystansem przyczyniają się do wystąpienia objawów depresyjnych u nastolatków (Greszta, 2006, s. 721). Badania piętnastolatków pod kątem ich depresyjności i stylu wychowawczego jakiego doświadczali w relacji z rodzicami wskazują, że najwyższym poziomem depresji charakteryzują się nastolatki, które mają niezaangażowanych rodziców. Najniższy poziom depresji odnotowano w autorytatywnym stylu wychowawczym cechującym się umiarkowaną kontrolą i efektywną dyscypliną. Ma to związek z tworzeniem stabilnej i bezpiecznej atmosfery w domu rodzinnym (Greszta, 2006, s. 722). Dodatkowo depresja u nastolatków związana jest z niskim poziomem serdeczności w rodzinie i poszukiwaniem samotności przez nastolatki. Wysokie nasilenie depresji ma także związek z niską ekspresją uczuć w relacji z rodzicami, krytycyzmem rodziców, nadmierną kontrolą dziecka. Wspólnym mianownikiem takich postaw rodzicielskich jest brak wsparcia dla dziecka. Brak poczucia wsparcia i poczucia bliskości z rodzicami wyjaśnia tzw. buforowa teoria wsparcia. W tym modelu skuteczność, samoocenę i zaufanie do siebie łączy się z otrzymywaniem wsparcia społecznego. Przekłada się to na poczucie jednostki, że ma umiejętności do skutecznego radzenia sobie z trudnymi wydarzeniami życiowymi (Greszta, 2006, s. 722).

Ważnym czynnikiem rodzinnym wymienianym jako determinujący wystąpienie depresji, jest doświadczanie silnych stresorów w dzieciństwie. Stresorami wymienianymi jako znaczące są: choroba alkoholowa rodzica, choroba psychiczna rodzica, przemoc w rodzinie, problemy małżeńskie rodziców, śmierć rodzica i brak bliskiego kontaktu z osobą dorosłą. Trzy pierwsze specyficzne stresory w życiu dziecka mają związek z późniejszymi nawrotami depresji (Hammen, 2004, s. 124). Dezorganizacja życia rodzinnego z powodu choroby rodzica jest klasyfikowana pośród czynników rodzinnych jako znaczący. Szczególnie jeśli mowa o chorowaniu na depresję przez jednego z rodziców. Wymienia się trzy mechanizmy, które mogą mieć wpływ na związek pomiędzy występowaniem depresji u rodzica i dziecka. Pierwszym z nich są predyspozycje genetyczne, drugim emocjonalna niedostępność rodziców z powodu choroby, a trzecim dysfunkcje systemu rodzinnego takie jak konfliktowość, wrogość, niski poziom spójności i słabe umiejętności rodzicielskie. Ryzyko wystąpienia depresji u dziecka wychowującego się w takich warunkach szacowana jest na poziomie od 15 do 60% (Greszta, 2006, s. 723). Przemoc stosowana wobec dziecka zwiększa wystąpienie depresji, choć nie jest czynnikiem specyficznym przy wystąpieniu choroby. Inaczej jest w przypadku molestowania seksualnego doświadczanego w dzieciństwie (Hammen, 2004, s. 124).

Rozwój depresji zależy od wielu czynników, które pojawiają się na różnych etapach życia człowieka. Poza czynnikami powodującymi wzrost ryzyka wystąpienia depresji,



znaczenie w rozwoju choroby ma wystąpienie czynnika wyzwalającego. W odniesieniu do nastolatków najczęstszymi czynnikami wyzwalającymi są stresujące wydarzenia w życiu, które zostały opisane powyżej. Jednak ze względu na wyzwania rozwojowe stojące przed adolescentami, do stresujących wydarzeń należy dodać także: trudności w relacjach z rówieśnikami, rodzicami lub nauczycielami, niepowodzenia w szkole, brak adekwatnego wsparcia instytucjonalnego, chorobę, nadużywanie środków psychoaktywnych, przemoc, zmianę środowiska i konflikty w rodzinie (Kołodziejek, 2008, s. 18). Czynniki ryzyka należy także rozważać jako czynniki podtrzymujące występowanie choroby.

## **2.6. Farmakoterapia i psychoterapia w depresji**

Leczenie depresji jest procesem długotrwałym i złożonym. Proponowane oddziaływania w dużej mierze uzależnione są od rodzaju specjalisty, do którego zgłasza się osoba chora. Pacjenci chorzy na depresję często korzystają z pomocy psychiatry i psychoterapeuty.

### **2.6.1. Farmakoterapia**

Zdaniem niektórych psychiatrów farmakoterapia jest atrakcyjniejsza niż psychoterapia. Powodem tego jest w miarę szybka poprawa funkcjonowania pacjenta w licznych obszarach. Znaczenie ma też aspekt psychologiczny leczenia farmakologicznego- otrzymanie recepty na lek uwiarygadnia psychiatrę jako specjalistę. Lek posiada też określony skład, mechanizm działania i skutki uboczne.

Stosowanie określonej strategii farmakologicznej opiera się na wynikach licznych badań klinicznych oraz doświadczeniu psychiatry. Piotr Wierziński podkreśla, że skuteczne leczenie depresji jest efektem kompromisu świata pacjenta i świata lekarza (Wierziński, 2016 s. 84). Leczenie farmakologiczne w pierwszym rzucie przynosi efekty u 60-70 % pacjentów. Remisja objawowa dotyczy 25- 30% chorych, najczęściej jest to jednak słabszy rzut. Istnieje także grupa 10% chorych na depresję, u których leczenie farmakologiczne nie przynosi rezultatu (Fagiolini, Kupfer, 2003). Pomyślna terapia farmakologiczna ma miejsce wtedy, gdy połowa objawów ze stanu wyjściowego ustąpi po podaniu leku. Pełna remisja polega na braku objawów, niepełna remisja to występowanie pojedynczych objawów o minimalnym nasileniu. Aby mówić o wyzdrowieniu musi zaistnieć brak objawów przez okres minimum 6 miesięcy, a pacjent powinien funkcjonować jak przed chorobą (Wierziński, 2016, s. 85). Psychiatrzy wskazują, że problemem w leczeniu depresji są tzw. objawy rezydualne. Są to objawy resztkowe, które ponad trzykrotnie zwiększają ryzyko wystąpienia nawrotu choroby. Do



objawów rezydualnych zalicza się: brak snu, zmęczenie, anhedonię, ale także brak łaknienia. Oprócz objawów rezydualnych prawdopodobieństwo nawrotu rośnie wraz ze współwystępowaniem chorób somatycznych, dużym nasileniem stresu społecznego, obecność trudnych do modyfikacji wydarzeń będących źródłem stresu, długi czas trwania epizodu depresji, liczba wcześniej przebytych epizodów, objawy psychotyczne oraz odporność na leczenie farmakologiczne. Im większa kumulacja czynników, tym większe prawdopodobieństwo nawrotu (Wierzbński, 2016, s. 86).

Zdaniem psychiatrów korzystnym czynnikiem wpływającym na remisję i zapobieganie nawrotom choroby jest relacja terapeutyczna. Z jednej strony pozwala ona na zmianę stylu życia pacjenta, ale także jest obszarem edukacji. W lżejszych postaciach depresji farmakoterapia jest porównywana do psychoterapii, jeśli chodzi o wyniki leczenia. W przypadkach ciężkich epizodów oraz wystąpienia objawów psychotycznych wskazuje się farmakoterapie jako procedurę leczenia.

Bardzo ważnym aspektem leczenia farmakologicznego jest przestrzeganie zaleceń lekarza. Badania wskazują, że 30% chorych przerywa leczenie w ciągu pierwszego miesiąca stosowania leku ze względu na skutki uboczne. W ciągu pierwszego kwartału z leczenia farmakologicznego rezygnuje 40% chorych.

Dobór leku przeciwdepresyjnego odbywa się po rozważeniu licznych czynników. Piotr Wierzbński (2016, s. 88) wskazuje, że należy mieć na uwadze: dominującą psychopatologię epizodu depresyjnego, współchorobowość somatyczną i psychiatryczną, możliwe interakcje z innymi stosowanymi lekami, preferencję pacjenta, cenę leku i jego dostępność czy wywiad dotyczący skuteczności danego leku u krewnych, którzy chorowali na depresję. Autor podkreśla, że duże znaczenie ma dominująca psychopatologia epizodu. Przykładowo przy melancholijnej depresji ze względu na nastrój należy pacjentowi podać leki trójpierścieniowe (TLPD). Natomiast przy depresji psychotycznej zdaniem Piotra Wierzbńskiego należy zastosować starszą generację leków. Jednakże na podstawie codziennej praktyki lekarskiej autor wskazuje, że najskuteczniejszym działaniem wykazują się wortioksetyna, agomelatyna oraz SSRI i leki z grupy SARI, których mechanizm działania opiera się na antagonizowaniu receptorów i hamowaniu wychwytu zwrotnego serotoniny. Kolejno stosowane są także wenlafaksyna i duloksetyna- przedstawiciele selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny. Dopiero po tym pojawiają się inhibitory monoaminoooksydazy w postaci moklobemidu i TLPD, które powodują o wiele więcej działań niepożądanych (Wierzbński, 2016, s. 89).

## 2.6.2. Psychoterapia

Psychoterapia depresji wśród praktyków owiana jest złą sławą. Jest to proces długotrwały, przynoszący w większości niewielkie efekty- przynajmniej w początkowej fazie. Praca ta jest trudna i wymaga ze strony psychoterapeuty dużego zaangażowania oraz cierpliwości, szczególnie w odniesieniu do silnego negatywizmu i niskiej motywacji klientów do zmiany. Metody pracy terapeutycznej ściśle odnoszą się do podejścia teoretycznego psychoterapeuty. Najczęściej wykorzystywanymi paradygmatami w leczeniu depresji jest model poznawczo- behawioralny oraz model integracyjny.

Terapia poznawczo- behawioralna w założeniu jest ustrukturalizowana i dyrektywnie prowadzona przez terapeutę. Jest to proces intensywnej współpracy, który jest jasno określony w czasie. W większości odnosi się do teraźniejszych doświadczeń jednostki i zgłoszonym problemie. Zawiera ona elementy psychoedukacji, która daje możliwość poznania nowych alternatywnych sposobów myślenia i zachowania z naciskiem na ich wykorzystanie.

Psychoterapia poznawczo- behawioralna w dużej mierze oparta jest na diagnozie. W przypadku dzieci i młodzieży jest to diagnoza funkcjonalna. Obejmuje ona ocenę deficytów poznawczych, nieprzystosowawczych schematów poznawczych, umiejętności społecznych i deficytów w tym zakresie, stresujących wydarzeń życiowych i ocenę wsparcia społecznego. Ograniczeniem terapii poznawczo- behawioralnej są deficyty funkcji poznawczych, które mogą być wynikiem chorób somatycznych lub uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego; trudności językowe i komunikacyjne i trudności z samokontrolą. Ważnym czynnikiem wpływającym na przebieg terapii jest motywacja. Małgorzata Kołodziejek (2008, s. 26) powołuje się na badania empiryczne, które dowodzą, że około połowa młodych osób, które mają niską motywację lub też brak poczucia odpowiedzialności za problem rezygnuje z psychoterapii. W terapii poznawczo- behawioralnej badane jest także środowisko pacjenta. W przypadku osób młodych postawy osób z najbliższego otoczenia oraz zaspokajanie potrzeb rozwojowych jest istotnym czynnikiem wpływającym na przebieg procesu terapeutycznego.

Kolejnym etapem psychoterapii jest ustalenie celów terapii, czasu jej trwania i poszczególnych etapów. Psychoterapeuta podejmuje działania w celu budowania relacji terapeutycznej, podtrzymywania motywacji u pacjenta i wdraża określone narzędzia pracy terapeutycznej. Proces terapii i sposoby pracy dostosowane są do wieku i potrzeb rozwojowych pacjenta. Do najczęściej stosowanych elementów programów terapeutycznych należą: psychoedukacja, różnicowanie emocji od zachowania, nauka kontroli nastroju i redukcja napięcia, testowanie myśli, uczenie nowych strategii poznawczych, trening umiejętności





społecznych, wzmacnianie pozytywnych doświadczeń, stopniowo także ekspozycja na trudne sytuacje oraz nagradzanie

W trakcie psychoterapii wykorzystywane są krótkie interwencje. W pracy z dziećmi najczęściej wykorzystywane są: przykłady z codziennego życia do rozumienia abstrakcyjnych pojęć; zabawa (gry, rysunki, kukielki i odgrywanie ról) oraz metafory wyobrażenia, i nagrania wideo. Istotne w pracy terapeutycznej jest ćwiczenie pewnych umiejętności razem z dzieckiem. W pracy z nastolatkami kładzie się nacisk na nagradzanie nowych zachowań oraz wprowadzenie technik poznawczych (model poznawczy, rozpoznawanie dysfunkcyjnych założeń, podważanie myślenia dychotomicznego). Należy przy tym uwzględniać potrzeby rozwoju autonomii i określania własnej tożsamości między innymi poprzez zwracanie uwagi na opinie i przeżycia pacjenta. Ćwiczenie umiejętności może odbywać się poprzez rysowanie komiksów, odgrywanie ról, wzorowanie się na innych i wizualizację. Psychoterapeuta wzmacnia umiejętności współpracy i odpowiedzialności za dokonywane wybory. Ważnym elementem pracy z nastolatkami jest rozwijanie umiejętności społecznych w celu budowania i podtrzymywania relacji rówieśniczych. Depresja w podejściu poznawczo-behawioralnym jest powiązana z problemami interpersonalnymi.

W przypadku pracy z dziećmi i młodzieżą niezbędnym elementem jest współpraca z rodzicami. Ma to na celu badanie środowiska rodzinnego oraz wspieranie pacjenta w procesie zmiany. Praca taka odbywa się na równoległych spotkaniach terapeutycznych albo też wspólnych spotkaniach w których uczestniczy dziecko i rodzice.

Głównymi celami pracy terapeutycznej z osobami chorującymi na depresję zdaniem Constance Hammen (2004, s. 156) jest pobudzanie do aktywności, która ma być dla klienta źródłem przyjemności. W tym celu stosuje się między innymi technikę stopniowania zadań. Drugim celem terapeutycznym jest rozpoznawanie myśli negatywnych i automatycznych. Jest to budowanie świadomości jak myśli wpływają na emocje pacjenta.

Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej jest poparta dowodami naukowymi. Na pewno jest stanem bardziej przybliżającym do wyzdrowienia niż brak jakichkolwiek działań (Hammen, 2004, s. 178). Jest skuteczniejsza od farmakoterapii w długoterminowym zapobieganiu nawrotom depresji.

Psychoterapia interpersonalna depresji oparta jest na modelu opracowanym przez Harry'ego Stacka Sullivana. Głównym założeniem modelu jest twierdzenie, że depresja może być przyczyną, ale także skutkiem zaburzonych relacji z bliskimi osobami. Celem terapii interpersonalnej jest polepszenie funkcjonowania interpersonalnego osoby chorej. Terapia interpersonalna jest krótkoterminowa. Obejmuje ona od dwunastu do szesnastu spotkań.



Wyróżnia się w niej trzy fazy. Pierwsza faza to ustalanie celów terapii. Istotnym elementem jest tutaj przyjęcie przez klienta roli osoby chorej oraz wzmacnianie motywacji do podjęcia leczenia. Druga faza to rozpoznawanie problemów interpersonalnych klienta oraz praca terapeutyczna nad umiejętnościami psychospołecznymi. Trzecia faza to zakończenie procesu terapeutycznego poprzez ugruntowanie wypracowanych umiejętności.

W terapii interpersonalnej celami jest omówienie procedur radzenia sobie w czterech sferach: nadmiernym żalem i smutkiem, które odbiegają od normy w procesie przeżywania żałoby; konfliktami w podejmowaniu określonych ról społecznych przez klienta; trudnością ze zmianami w tym obszarze oraz deficytami w umiejętności interpersonalnych (Hammen, 2004, s. 170). Terapia interpersonalna jest oddziaływaniem, który zachęca do wyrażania uczuć, uczy metod skutecznego i efektywnego komunikowania się, poszerzają wgląd i dostarcza informacji.

Efekty psychoterapii interpersonalnej są udowodnione. Podobnie jak w przypadku terapii poznawczo- behawioralnej, oddziaływanie oparte o model interakcyjny jest procesem leczącym. Jest także jedynym dotąd udowodnionym oddziaływaniem krótkoterminowym, który wykazuje efekty podtrzymujące (Hammen, 2004, s. 178).

Skuteczność psychoterapii została potwierdzona licznymi badaniami. Po kilku dekadach badań empirycznych istnieją jednoznaczne dowody, że psychoterapia ma pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne osób, które z niej korzystają. Autorzy badań, teoretycy i praktycy w znacznej mierze zgadzają się co do czynników, które wpływają na skuteczność psychoterapii. Proces psychoterapii dostarcza pacjentowi *katharsis*, czyli oczyszczenia, które możliwe jest dzięki uwolnionej energii psychicznej, spadkowi napięcia emocjonalnego oraz wyrażeniu i nazwaniu uczuć. Jan Czesław Czabała (Czabała, 2013, s. 227) twierdzi, że czynnikiem wspólnym dla wszystkich modalności psychoterapeutycznych jest uczenie się pacjenta. Dotyczy to poznawania siebie poprzez otrzymywanie informacji zwrotnych, powiększanie wglądu, uczenie się poznawcze, zmianę oczekiwań dotyczących własnej skuteczności oraz korektywne doświadczenia poznawcze.

## ROZDZIAŁ 3. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

W tym rozdziale omówione zostaną kwestie metodologiczne realizowanego projektu badawczego. Na samym początku przedstawione zostaną problemy i hipotezy badawcze, wysunięte na podstawie wcześniejszych badań empirycznych. Ponadto omówione zostaną wykorzystane metody badawcze, a także charakterystyka badanej grupy i procedura przeprowadzonych badań.

### 3.1. Problemy i hipotezy badawcze

Na podstawie zaprezentowanych analiz zagadnień teoretycznych dotyczących obrazu ciała oraz depresyjności został sformułowany problem badawczy w formie pytania ogólnego, który brzmi:

**Czy i jakie powiązania zachodzą pomiędzy obrazem ciała a depresyjnością wśród młodzieży?**

Dodatkowo sformułowano szczegółowe pytania badawcze uszczegóławiające wybrany obszar badawczy:

1. Czy i jakie różnice zachodzą w obrazie siebie u młodzieży o wysokim i niskim poziomie depresyjności?
2. Czy i jakie różnice zachodzą w ocenie własnego ciała u młodzieży o wysokim i niskim poziomie depresyjności?
3. Czy i jakie różnice zachodzą w ocenie własnej atrakcyjności u młodzieży o wysokim i niskim poziomie depresyjności?
4. Czy i jakie różnice zachodzą w ocenie własnej kondycji fizycznej i wagi u młodzieży o wysokim i niskim poziomie depresyjności?
5. Czy i jakie różnice zachodzą w trosce o swój wygląd u młodzieży o wysokim i niskim poziomie depresyjności?
6. Czy i jakie różnice występują w obrazie ciała u młodzieży o różnym typie depresyjności?

Przedstawione pytania badawcze stały się podstawą do sformułowania następującej hipotezy ogólnej:

Hipoteza ogólna (Hog): Istnieją powiązania między obrazem ciała a depresyjnością u młodzieży.

Hipotezy szczegółowe:



1. Młodzież o wysokim poziomie depresyjności cechuje bardziej negatywny obraz ciała niż młodzież o niskim poziomie depresyjności.
2. Młodzież o wysokim poziomie depresyjności cechuje niższa ocena własnego ciała niż młodzież o niskim poziomie depresyjności.
3. Młodzież o wysokim poziomie depresyjności cechuje niższa ocena własnej atrakcyjności niż młodzież o niskim poziomie depresyjności.
4. Młodzież o wysokim poziomie depresyjności cechuje niższa ocena własnej kondycji fizycznej i wagi niż młodzież o niskim poziomie depresyjności.
5. Młodzież o wysokim poziomie depresyjności cechuje mniejsza troska o swój wygląd niż młodzież o niskim poziomie depresyjności.

### **3.2. Charakterystyka metod badawczych**

W badaniach przeprowadzonych na potrzeby niniejszej pracy wykorzystane zostały dwa standaryzowane testy psychologiczne oraz Ankieta personalna własnego autorstwa. Testami psychologicznymi wykorzystanymi w trakcie badania był test CES-D autorstwa Leonore Radloff oraz Skala Oceny Własnej Fizyczności (SOWF) autorstwa Katarzyny Zientkowskiej i Stanisławy Tucholskiej.

#### **3.2.1. Skala Depresji CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Test CES-D (Centrum Badania Epidemiologii Depresji)**

To jeden z najpopularniejszych testów przesiewowych pozwalających określić stan depresji pacjenta. Autorem testu jest Lenore Radloff ze stanowego uniwersytetu w Utah (USA). Skala CES-D została zaadaptowana do warunków polskich i jest wykorzystywana z powodzeniem do badań klinicznych i epidemiologicznych.

Skala CES-D służy do badań epidemiologicznych częstotliwości występowania depresji w danej populacji. Obok Inwentarza Depresji Becka i Skali Oceny Depresji Hamiltona jest najczęściej stosowaną skalą badania depresji. Skala została opracowana w 1977 roku w Stanach Zjednoczonych. Kluczową rolę w tworzeniu skali odegrali L. S. Radloff i E. Helmes. Przeprowadzili wówczas liczne badania zarówno w Stanach Zjednoczonych jak i Europie Zachodniej, które potwierdziły przydatność skali CES-D w badaniach klinicznych i epidemiologicznych.

W Polsce skala CES-D została opracowana przez zespół pracowników Zakładu Epidemiologii i Badań Populacyjnych Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Ochrony Zdrowia CM UJ w składzie: Ewa Dojka, Maciej Górkiewicz i Andrzej Pająk. Wyniki i opis



procesu został opublikowany w kwartalniku *Psychiatria Polska* w 2003 roku. Adaptacja skali na język polski obejmowała procedurę niezależnych tłumaczeń z języka angielskiego na język polski i z języka polskiego na język angielski. W celu opracowania standardów psychometrycznych polskiej wersji skali badaniami zostało objętych 50 osób w wieku 20-60 lat. Byli to pacjenci Kliniki Psychiatrii Collegium Medium UJ oraz 150 zdrowych mieszkańców Krakowa, którzy nie leczyli się z powodu zaburzeń psychiatrycznych, ani nie mieli większych problemów zdrowotnych. W grupie chorych przeprowadzono jednorazowo badanie skalami CES-D i Becka, a osoby zdrowe poddano jednorazowo procedurze badania skalą CES-D.

Skala CES-D składa się z 20 twierdzeń dotyczących objawów depresyjnych: nastroju, poczucia winy i braku własnej wartości, poczucia bezradności i beznadziejności, spowolnienia psychomotorycznego, braku apetytu, zaburzeń snu, które wystąpiły w ciągu ostatniego tygodnia. Stanisława Tucholska zmodyfikowała wersję testu CES-D i dodała do niej skalę dotyczącą tendencji samobójczych, na którą składają się dodatkowe cztery pytania. Twierdzenia punktowane są w zależności od częstotliwości występowania, gdzie „rzadko lub wcale” punktowane jest najniżej (1 punkt), a „często lub cały czas” za 4 punkty. Kwestionariusz określa, że odpowiedź „rzadko lub wcale” odnosi się do sytuacji, gdy dane zjawisko występuje mniej niż jeden dzień w tygodniu, „czasem” odnosi się od jednego do dwóch dni w tygodniu, „okazjonalnie” dwa lub trzy razy w tygodniu występuje sytuacja opisana w twierdzeniu, a odpowiedź „często lub cały czas” odnosi się do sytuacji, gdy powtarza się to od pięciu do siedmiu dni w tygodniu. Maksymalna liczba wyniku wynosi 60 (w wersji zmodyfikowanej przez Stanisławę Tucholską 76), minimalny wynik to 0. Autorzy polskiej adaptacji testu skazują, że wynik większy lub równy 16 wskazuje na depresję (dotyczy to podstawowej wersji testu z 20 pytaniami).

Rzetelność skali jest wysoka. Została oceniona przy pomocy współczynnika  $\alpha$  Cronbacha=0,92. Badanie zgodności skali CES-D, w odniesieniu dla standardów psychometrycznych skali Becka dokonano osobno dla mężczyzn i dla kobiet oraz całej grupy. Współczynnik korelacji dla całej grupy (50 osób) wynosi  $r=0,79$  ( $p<0,001$ ), dla mężczyzn (13 osób)  $r=0,93$  ( $P<0,001$ ), dla kobiet (37 osób)  $r=0,73$  ( $p<0,001$ ). Zgodność obserwowana skali CES-D i Skali Becka wynosi 95% i jest wysoka. Zgodność Skali CES-D i skali Becka oceniana na podstawie kappa Cohena, wynosi 44%. Jest to wynik średni.

Dalsze badania nad zgodnością skali CES- D i skali Becka wskazują, że czułość i swoistość dla CES-D ustalono na poziomie 16 punktów. W grupie osób chorych wynosiła ono 86% i wśród osób zdrowych wynosiła 77%. W tym wśród 50 chorych 43 osoby otrzymało 16 punktów i powyżej, a 7 poniżej. Na 150 zdrowych badanych 115 osób otrzymało poniżej 16



punktów a 35 według CES-D było chorych. Na tej podstawie przyjęto, więc że na depresję wskazuje wynik ogólny odpowiadający  $\geq 16$  punktom, ponieważ daje on najlepsze wartości czułości i swoistości, co ustalono na podstawie analiz krzywej operacyjnej (ROC) wobec skali referencyjnej Becka.

Analiza czynnikową dla całej próby, w wyniku, której wyłoniono 4 czynniki wskazuje, że czynnik pierwszy *depresyjność* koreluje z twierdzeniami, które oznaczają: 1 (znudzenie), 3 (chandrę), 6 (depresję), 7 (znużenie), 9 (przegraną), 10 (obawę), 14 (samotność) 18 (smutek), 20 (rozbiecie). Czynnik drugi, którym jest *dobrze samopoczucie*, koreluje z twierdzeniami: 1 (znudzenie), 4 (samoocena), 8 (nadzieja), 12 (szczęście). Trzeci czynnik *kontaktowość*, koreluje odpowiednio z twierdzeniami: 2 (apetyt), 13 (małomówność), 15 (brak przyjaźni), 17 (płaczliwość), 19 (brak sympatii). Czynnik czwarty to *indyferentność*, który koreluje z twierdzeniami: 2 (apetyt), 5 (koncentracja), 16 (zadowolenie), 19 (brak sympatii), 20 (rozbiecie). Pozycja 11 (zaburzenia snu) nie weszła w żaden wyszczególniony czynnik ze względu na małą wartość czynnikową.

Zgodność wyodrębnionych czynników obliczono współczynnikiem zgodności Kendalla w jednej próbie polskiej, trzech amerykańskich i dwóch kanadyjskich. Dla czynnika *depresyjność* w próbie polskiej wyniósł  $r=0,25$  ( $p<0,0002$ ) a dla prób amerykańskich (*depressed*) i kanadyjskich (*affect*) był wyższy i wyniósł  $r=0,26$  ( $0,0003$ ). Dla czynnika *dobrze samopoczucie* współczynnik zgodności Kendalla w próbie polskiej wyniósł  $r=0,33$  ( $p<0,0001$ ) w próbie amerykańskiej (*positive*), w próbie kanadyjskiej (*well-being*) był wyższy i wyniósł  $r=0,38$  ( $p<0,0001$ ). Współczynnik zgodności Cappa Kendalla dla czynników: *kontaktowość* i *indyferentność* okazała się nieistotna statystycznie.

### 3.2.2. Skala Oceny Własnej Fizyczności (SOWF)

Skala Oceny Własnej Fizyczności (SOWF) została opracowana przez Katarzyną Zintkowską i Stanisławę Tucholską do badania funkcjonowania psychospołecznego osób z otyłością. Jest to test umożliwiający pomiar oceny własnej fizyczności. Kwestionariusz składa się z 28 twierdzeń. Osoby badane mają za zadanie ustosunkować się to twierdzeń przy pomocy czterostopniowej skali. Respondenci mogą całkowicie się nie zgodzić, raczej się nie zgodzić, raczej się zgodzić lub całkowicie się zgodzić z twierdzeniem. Uzyskują dzięki temu odpowiednio od jednego do 4 punktów za dane pytanie.

Kwestionariusz został skonstruowany na podstawie sformułowań używanych w literaturze naukowej, beletrystyce oraz treści wypowiedzi osób szczupłych, osób z nadwagą i otyłością. Odnoszą się one do różnych aspektów fizyczności człowieka. Wybór użytych



twierdzeń nastąpił poprzez analizę dokonaną przez dwunastu sędziów kompetentnych. Kryteria jakimi się kierowali przy wyborze twierdzeń to jasność, zrozumiałość i adekwatność w stosunku do przedmiotu badania. Sędziowie kompetentni również przyporządkowali twierdzenia do poszczególnych skal. Twierdzenia zawarte w kwestionariuszu uporządkowane zostały przez nich za pomocą analizy racjonalnej w cztery skale: *ocenę własnego ciała (OWC)*, *ocenę własnej atrakcyjności (OWA)*, *ocenę własnej kondycji fizycznej i wagi (OWK)* oraz *troskę o swój wygląd (TW)*.

Właściwości psychometryczne narzędzia zostały ustalone w oparciu o dane z badań, w którym wzięło udział 50 studentów IV i V roku psychologii. Pomiarów dokonano w odstępstwie dwóch tygodni. Do badania wskaźnika rzetelności testu użyto wskaźnik alfa Cronbacha. Dla testu SOWF wyniósł on od 0,396 (skala TW) do 0,952 (skala WO). Za wyjątkiem skali troska o swój wygląd (skala TW) wszystkie skale osiągnęły wartości powyżej 0,7 i oznaczają prawidłową rzetelność skali.

Do pomiaru stałości metody wykorzystano współczynnik rho Spearmana. Współczynnik zmierzył siłę współzależności pomiędzy zmiennymi w teście SOWF. Uzyskane wyniki oceniono jako zadowalające.

### 3.2.3. Ankieta personalna

Ankieta personalna załączona do pozostałych kwestionariuszy miała na celu zebranie informacji do analizy zmiennych socjodemograficznych badanej grupy młodzieży oraz dodatkowych zmiennych odnoszących się do obrazu własnego ciała oraz depresyjności u badanych.

Dane socjodemograficzne zebrane w ankiecie to płeć, wiek i klasa, do której obecnie uczęszcza ankietowany. Badani określali miejsce swojego stałego zamieszkania poprzez wybór jednej z trzech kategorii: wieś, małe miasto (do 50 tysięcy mieszkańców) i duże miasto (powyżej pięćdziesięciu tysięcy mieszkańców). Następnie respondenci odpowiadali na pytania dotyczące statusu ich rodzin: formy życia rodzinnego (rodzina pełna, niepełna, zrekonstruowana, zastępcza), liczby posiadanego rodzeństwa. Ankietowali mieli za zadanie ocenić warunki materialne własnej rodziny oraz relacje z rodzicami na pięciostopniowej skali. Badani określali także najczęstszy sposób spędzania wolnego czasu.

Zmiennymi dotyczącymi obrazu własnego ciała w ankiecie personalnej były pytania o wzrost i wagę. Ankieta zawierała także pytanie dotyczące podejmowania strategii redukcji masy ciała. Zmiennymi dotyczącymi depresyjności były twierdzenia odnoszące się do różnego rodzaju strat w okresie ostatnich sześciu miesięcy (zdrowia, osoby bliskiej, poczucia



bezpieczeństwa itd.) Zadaniem ankietowanych było także dokończenie zdań odnoszących się do ich cielesności oraz nastroju.

### 3.3. Charakterystyka badanej młodzieży

Badaną grupę tworzyła młodzież ucząca się w szkołach ponadgimnazjalnych na terenie miasta Tarnowa. Badaniami objęto młodzież uczęszczającą do liceum ogólnokształcącego, szkoły zawodowej oraz technikum. Przebadano wszystkich uczniów obecnych danego dnia na zajęciach szkolnych.

Badaną grupę tworzyło 128 osób w tym 76 kobiet i 52 mężczyzn. W poniższych tabelach zostanie przedstawiona szczegółowa charakterystyka grupy badanych.

Tabela 3.3.1. Liczbowy i procentowy rozkład płci grupy badawczej

<b>Płeć</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Kobieta	76	59,38
Mężczyzna	52	40,62
Razem	128	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Zamieszczone w Tabeli 3.3.1. dane wskazują, że odsetek badanych kobiet stanowi 59,38% grupy badanych i jest on większy od odsetka mężczyzn, który wynosi 40,62%.

Tabela 3.3.2. Liczbowy i procentowy rozkład wieku grupy badawczej

<b>Wiek (rok życia)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
17	8	6,25
18	45	35,16
19	74	57,81
20	1	0,78
Razem	128	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując dane zawarte w Tabeli 3.3.2. stwierdzić można, że najliczniejszą grupą badanych byli dziewiętnastolatki, który stanowią ponad połowę badanych (57,81%). Drugą pod względem liczebności grupą są osiemnastolatki (35,16%). Kolejną pod względem liczebności grupą są adolescenty w wieku siedemnastu lat (6,25%). Najmniej liczną grupą uczestników badania pod względem wieku stanowią dwudziestolatki (0,78%).



Tabela 3.3.3. Liczbowy i procentowy rozkład klas, do których uczęszczali badani

<b>Klasa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
pierwsza	8	6,25
druga	49	38,29
trzecia	71	55,46
Razem	128	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Dokonując analizy grypy badawczej pod względem poziomu nauczania uczniów (Tabela 3.3.3.) należy stwierdzić, że najliczniejszą grupą stanowią osoby uczęszczające do klasy trzeciej szkoły ponadgimnazjalnej (55,46%). Drugą pod względem liczebności jest grupa drugoklasistów (38,29%). Najmniej liczną reprezentacją poziomu nauczania są uczniowie klas pierwszych (6,25%).

Tabela 3.3.4. Liczbowy i procentowy rozkład miejsca zamieszkania badanych

<b>Miejsce zamieszkania</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
wieś	94	73,44
małe miasto	17	13,28
duże miasto	17	13,28
Razem	128	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Dane umieszczone w powyższej tabeli wskazują, że najliczniej reprezentowani w grupie badanej są mieszkańcy wsi (73,44%). Liczebność grupy osób mieszkających w małych miastach (13,28%) pod względem liczebności jest tożsama z liczebnością grupy osób mieszkających w dużym mieście (13,28%).

Tabela 3.3.5. Liczbowy i procentowy rozkład struktury rodziny osób badanych

<b>Struktura rodziny</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
rodzina pełna	110	85,94
rodzina niepełna	11	8,59
rodzina zrekonstruowana	6	4,69
rodzina zastępcza	1	0,78
Razem	128	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 3.3.5. wskazuje, że najliczniejszą grupą wśród badanych osób są osoby pochodzące z rodzin pełnych (85,94%). Niewielki odsetek stanowią osoby wychowujące się w rodzinie niepełnej (8,59%), rodzinie zrekonstruowanej (4,69%) i rodzinie zastępczej (0,78%).



Tabela 3.3.6. Liczbowy i procentowy rozkład liczby rodzeństwa grupy badanej

Liczba rodzeństwa	N	%
0	5	3,90
1	60	46,88
2	37	28,92
3	19	14,84
4	5	3,90
5	2	1,56
Razem	128	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza Tabeli 3.3.6. wskazuje, że najliczniej reprezentowaną grupą wśród osób badanych są osoby posiadające jedną siostrę lub brata (46,88%). Drugą pod względem liczebności grupą są osoby posiadające dwójkę rodzeństwa (28,92%). Kolejno pod względem liczby rodzeństwa plasują się osoby, których rodzice posiadają czworo dzieci (14,84%). Z kolei osoby posiadające czworo rodzeństwa oraz jedynacy stanowią jednakową grupę pod względem liczebności (3,90%). Najmniej licznie reprezentowane w grupie badawczej są osoby posiadające pięcioro rodzeństwa (1,56%).

Tabela 3.3.7. Liczbowy i procentowy rozkład warunków materialnych rodziny według badanych

Warunki materialne rodziny	N	%
bardzo dobre	37	28,91
dobre	67	52,34
przeciętne	22	17,19
złe	2	1,56
bardzo złe	0	0,00
Razem	128	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie Tabeli 3.3.7. można stwierdzić, że ponad połowa badanych ocenia warunki materialne swojej rodziny jako dobre (52,34%). Niespełna jedna trzecia badanych ocenia te warunki jako bardzo dobre (28,91%). Mniej liczna grupa badanych ocenia warunki materialne swojej rodziny jako przeciętne (17,19%). Niewielki odsetek osób badanych oceniło te warunki jako złe (1,56%). Żaden z respondentów nie uważa, aby warunki materialnego jego rodziny były bardzo złe.

Tabela 3.3.8. Liczbowy i procentowy rozkład relacji z rodzicami zdaniem badanych

<b>Relacje z rodzicami</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
bardzo dobre	50	39,07
dobre	49	38,28
przeciętne	24	18,75
złe	5	3,90
bardzo złe	0	0
Razem	128	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując dane zawarte w Tabeli 3.3.8. można zauważyć, że bardzo dobre relacje z rodzicami wśród osób badanych posiada większość badanych (39,07%). Nieco mniej liczną grupę stanowią osoby, które uważają, że ich relacje z rodzicami są dobre (38,28%). Niespełna co czwarta osoba badana oceniła swoje relacje z rodzicami na poziomie przeciętnym (18,75%). Stosunkowo mała grupa respondentów uznała, że ich relacje z rodzicami są złe (3,90%). Nikt z pytanym nie ocenił swoich relacji z rodzicami jako bardzo złe.

Tabela 3.3.9. Liczbowy i procentowy rozkład sposobu spędzania wolnego czasu przez badanych

<b>Sposób spędzania wolnego czasu</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
spotkania ze znajomymi	77	30,08
uprawianie sportu	34	13,28
czytanie książek	20	7,81
gry elektroniczne	23	8,98
korzystanie z portali społecznościowych	32	12,50
oglądanie filmów/ seriali/tv	47	18,36
nudzenie się	7	2,73
nie mam w ogóle wolnego czasu	3	1,17
inne (rozmowa z mamą, spacer, polowanie)	10	3,92
brak odpowiedzi	3	1,17

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza Tabeli 3.3.9. ukazuje preferencje badanych co do spędzania wolnego czasu. Każdy miał możliwość zaznaczenia dwóch odpowiedzi. Badani najczęściej wybierali odpowiedź dotycząca spędzania wolnego czasu w formie spotkań ze znajomymi (30,08%). Drugą najczęściej wybieraną odpowiedzią było oglądanie filmów, seriali lub telewizji w czasie wolnym (18,36%). Podobną popularnością wśród respondentów cieszyło się uprawianie sportu (13,28%) i korzystanie z portali społecznościowych (12,50%) w wolnej chwili. Rzadziej badani deklaruwali granie w gry elektroniczne (8,9%) lub czytanie książek w czasie wolnym (7,81%). Nieznaczna część badanych (3,92%) twierdziła, że spędza czas wolny inaczej niż w proponowanych odpowiedziach, podając rozmowę z mamą, samotne spacerowanie lub polowanie.



Brak wolnego czasu albo trudność z określeniem sposobu spędzania wolnego czasu miały jednakowo liczne grupy badanych (1,17%).

Tabela 3.3.10. Liczbowy i procentowy rozkład subiektywnego poczucia strat w ciągu ostatnich 6 miesięcy wśród badanych

<b>Doświadczenie w ciągu ostatnich 6 miesięcy</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
śmierć osoby bliskiej	13	10,16
pogorszenie sytuacji materialnej rodziny	8	6,25
uznał, że życie jest puste/ nie ma sensu	50	39,06
utrata kontaktu z rodzicami/ bliskimi	18	14,06
bardziej niż zwykle izolowanie się społecznie	26	20,31
zmiana miejsca zamieszkania	5	3,91
poważna choroba u siebie lub bliskich	19	14,84
utrata poczucia bezpieczeństwa	13	10,16
brak doświadczenia straty	46	35,94

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie danych zebranych w Tabeli 3.3.10. należy zauważyć, że najczęstszą stratą jakiej doświadczali respondenci w przeciągu ostatnich sześciu miesięcy, jest utrata sensu życia (39,06%). Co piąty badany ma przeświadczenie, że w ostatnim czasie bardziej izoluje się społecznie (20,31%). Nieco mniej osób ma poczucie utraty kontaktu z rodzicami lub bliskimi osobami (14,06%). Co dziesiąta osoba doświadczyła śmierci osoby bliskiej lub utraciła poczucie bezpieczeństwa w życiu (10,16%). Pogorszenia sytuacji materialnej doświadczył niewielki odsetek badanych (6,25%). Jeszcze mniejszą grupę stanowią osoby, które w przeciągu ostatnich sześciu miesięcy zmieniło miejsce zamieszkania (3,9%). Jednocześnie wśród badanych jest liczna grupa, która deklaruje, że w przeciągu ostatnich sześciu miesięcy nie doświadczyła żadnej z wyżej wymienionych strat w życiu (35,9%). Wyniki w tabeli się nie sumują, gdyż każdy z respondentów miał możliwość zaznaczyć dowolną liczbę danych.

Tabela 3.3.11. Liczbowy i procentowy rozkład wskaźnika BMI wśród badanych

<b>Wskaźnik BMI</b>	<b>Interpretacja BMI</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
16,0- 16,99	wychudzenie	1	0,78
17,00- 18,49	niedowaga	9	7,03
18,5- 24,99	prawidłowa waga	101	78,91
25,00- 29,99	nadwaga	11	8,59
30,00- 34,99	I stopień otyłości	2	1,56
35,00- 39,99	II stopień otyłości	0	0,00
	brak danych	4	3,13
Razem		128	100,00

Źródło: Opracowanie własne.



Analizując dane zawarte w Tabeli 3.3.11. (patrz, s. 80) należy stwierdzić, że znaczna większość badanych posiada prawidłowy wskaźnik masy ciała (78,91%). Nadwagę posiada niespełna co dziesiąty badany (8,59%). Jeszcze mniej respondentów posiada niedowagę (7,03%), lub jego stosunek wagi do masy ciała wskazuje na wychudzenie (0,78%). Podobną pod względem liczebności grupą wśród badanych są osoby, u których stwierdzić można I stopień otyłości. Niewielki odsetek osób badanych nie podał informacji na temat swojej wagi ciała i wzrostu (3,13%).

Tabela 3.3.12. Liczbowy i procentowy rozkład osób odchudzających się w trakcie życia

<b>Odchudzanie</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
tak	78	60,94
nie	49	38,28
brak danych	1	0,78
Razem	128	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Dane zawarte w Tabeli 3.3.12 wskazują, że ponad połowa badanych podjęła w życiu decyzje o odchudzaniu przynajmniej raz w życiu (60,94%). Osoby, które nigdy się nie odchudzały stanowią mniejszość w grupie badawczej (38,28%).

Badana grupa młodzieży ponadgimnazjalnej w odniesieniu do własnej osoby najczęściej wyrażała się pozytywnie (74,21%). Najczęściej badani określali siebie jako osobę miłą, towarzyską i dobrą. Pośród wypowiedzi pojawiały się także takie cechy jak odpowiedzialność, odwaga, pewność siebie i szczerść. Negatywnych wypowiedzi na swój temat ankietowani udzielili stosunkowo niewiele (11,71%). W pejoratywnych wypowiedzi na swój temat udzielali w większości w odniesieniu do swojego usposobienia. Ankietowani nazywali siebie osobami przeciętnymi, nie nieznaczącymi, pesymistycznymi.

Stosunek badanych do swojego wyglądu był dość jednorodny. Ponad połowa ankietowanych uznała, że ich wygląd jest ważny, ale nie najważniejszy (57,81%). Ponadto odnosili się oni pozytywnie do swojej aparycji (16,40%). Negatywnie do swojej fizjonomii odniósł się co dziesiąty badany (10,16%). Swój wygląd jako przeciętny oceniła jeszcze mniejsza grupa badanych (7,03%).

Badani uczniowie określając czego w sobie nie lubią, najczęściej negatywnie odnosili się do swojego wyglądu, figury lub wręcz „wszystkiego” (20,31%). Nieco mniejsza grupa badanych nie lubi u siebie różnych aspektów swojej emocjonalności (18,75%), trudności z akceptacją dotyczą u badanych skrytości, nieśmiałości, nerwowości i braku pewności siebie. W stosunku do różnych części swojego ciała, ankietowani uczniowie, z antypatią wyrażają się



najczęściej o swoim nosie, ale także brzuchu, nogach i owłosieniu (13,28%). Co dziesiąta badana osoba nie lubi u siebie lenistwa (10,16%).

Wśród grupy badawczej najczęściej podejmowaną strategią radzenia sobie ze smutkiem jest izolowanie się (62,50%). Badani podczas samotnie spędzonego czasu najczęściej słuchają muzyki, często także rozmyślają lub siedzą samotnie w pokoju. Stosunkowo niewiele osób korzysta ze wsparcia najbliższych w smutnych momentach swojego życia (13,28%). Najczęściej wtedy rozmawiają z przyjaciółką lub mamą. Brak konstruktywnego radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami zgłasza co dziesiąty badany (10,94%). Ankietowani uczniowie w chwilach smutku objadają się, piją alkohol lub palą papierosy.

Ankietowani uczniowie podejmują różne strategie odchudzania się. Ponad połowa osób badanych ćwiczy w domu lub na siłowni, często z trenerem personalnym (51,56%). Większość z nich wysiłek fizyczny łączy z dietą (31,25%). Niewielki odsetek badanych biega (10,94%). Stosunkowo mała grupa podejmuje wyniszczające strategie odchudzania w postaci głodówek i wywoływania wymiotów (4, 69%).

### **3.4. Strategia badań własnych**

Badania miały charakter przekrojowy. Zostały przeprowadzone w tarnowskich szkołach ponadgimnazjalnych na przestrzeni dwóch tygodni marca 2017 roku. W badaniu brali udział uczniowie wybranych klas danej szkoły. Uczniowie mieli za zadanie wypełnienie baterii testów w czasie lekcji w obecności przeprowadzającego analizę danych. Badani zostali poproszeni o wypełnienie baterii testów, do których została załączona instrukcja. Uczniowie mieli także możliwość skorzystania z ustnej instrukcji lub zdobycia dodatkowych informacji. Z tej możliwości korzystali nieliczni. Czas trwania jednego badania wahał się od 15 do 25 minut. Rozdanych zostało 134 kwestionariuszy, 6 z nich zostało odrzuconych przy wstępnej weryfikacji ze względu na niekompletne uzupełnienie danych. Ostatecznie do dalszych badań przyjęto 128 sztuk kwestionariuszy, które spełniły warunki rzetelności i kompletności danych.



## ROZDZIAŁ 4. POWIĄZANIA POMIĘDZY OBRAZEM CIAŁA A DEPRESYJNOŚCIĄ U MŁODZIEŻY PONADGIMNAZJALNEJ

Niniejszy rozdział poświęcony będzie analizie statystycznej i psychologicznej wyników, jakie zostały uzyskane w badaniach własnych. Opis powiązań między badanymi zmiennymi, jakimi są obraz ciała i depresyjność zostanie rozpoczęty od zaprezentowania wyników całej grupy. Powiązania, które zachodzą między zmiennymi zostaną przedstawione dzięki przeprowadzonej analizie przy użyciu współczynnika  $r$  Pearsona. Kolejnym krokiem będzie przedstawienie sposobu wyodrębnienia grup skrajnych. W następnej kolejności omówione zostaną wyniki badań własnych otrzymane w grupach skrajnych.

### 4.1. Powiązania pomiędzy obrazem ciała a depresyjnością u młodzieży ponadgimnazjalnej

Aby zbadać powiązania pomiędzy obrazem ciała a depresyjnością w badanej grupie wykorzystano w analizie statystycznej współczynnik korelacji liniowej Pearsona.

Określenie poziomu oceny obrazu własnego ciała zostało dokonane za pomocą Skali Oceny Własnej Fizyczności (SOWF) opracowanej przez Katarzyną Zintkowską i Stanisławę Tucholską. Na podstawie tego testu wyróżnione zostało pięć obszarów obrazu własnego ciała: *ocena własnego ciała* (OWC), *ocena własnej atrakcyjności* (OWA), *ocena własnej kondycji fizycznej i wagi* (OWK) oraz *troska o swój wygląd* (TW) oraz wynik ogólny oceny własnego ciała (WO SOWF).

Do badania poziomu depresyjności u młodzieży ponadgimnazjalnej wykorzystano Test Centrum Badania Epidemiologii Depresji (CES-D) autorstwa L. S. Radloff i E. Helmes w polskiej adaptacji Ewy Dojka, Macieja Górkiewicz i Andrzeja Pająk w wersji zmodyfikowanej przez Stanisławę Tucholską. Na podstawie tego testu wyróżniono pięć skal opisujących depresyjność: *depresyjność* (jako dominacja smutku) (Dep), *dobre samopoczucie* (Sam'z) *kontaktowość* (Kont), *indyferentność* (Indyf), dodatkową skalą jest skala *tendencje samobójcze* (TS) oraz wynik ogólny testu z czterech podstawowych skal (DEP WO) i wynik ogólny testu uwzględniający skale tendencje samobójcze (DEPTS WO).

#### 4.1.1. Powiązania pomiędzy depresyjnością a obrazem ciała w całej grupie badanych

Na podstawie analizy korelacji przy użyciu współczynnika korelacji liniowej  $r$ -Pearsona odkryto powiązania pomiędzy obrazem ciała a depresyjnością wśród badanej grupy młodzieży ponadgimnazjalnej.



Tabela. 4.1.1. Wskaźniki korelacji r- Pearsona pomiędzy wynikami testu Skala Oceny Własnej Fizyczności a wynikami testu Centrum Badania Epidemiologii Depresji (CES-D) w grupie młodzieży ponadgimnazjalnej (N= 128)

	Ocena własnego ciała (OWC)		Ocena własnej atrakcyjności (OWA)		Ocena własnej kondycji fizycznej (OWK)		Troska o swój wygląd (TW)		Wynik ogólny oceny własnego ciała (WO SOWF)	
	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r
Depresyjność WO i tendencje samobójcze (DEPTS WO)	0,001	-0,53	0,001	-0,57	0,001	-0,46	0,001	-0,31	0,001	-0,61
Depresyjność- Wynik Ogólny (DEP WO)	0,001	-0,53	0,001	-0,57	0,001	-0,46	0,001	-0,30	0,001	-0,61
Depresyjność (Dep)	0,001	-0,51	0,001	-0,52	0,001	-0,40	0,004	-0,25	0,001	-0,55
Dobre samopoczucie (Sam'z)	0,001	-0,34	0,001	-0,38	0,001	-0,29	0,001	-0,36	0,001	-0,44
Kontaktowość (Kont)	0,001	-0,39	0,001	-0,40	0,001	-0,35	0,064	-0,17	0,001	-0,43
Indyferentność (Indyf)	0,001	-0,46	0,001	-0,49	0,001	-0,43	0,013	-0,22	0,001	-0,52
Tendencje samobójcze (TS)	0,001	-0,38	0,001	-0,38	0,001	-0,30	0,003	-0,26	0,001	-0,42

Źródło: Opracowanie własne.

Dokonując analizy Tabeli 4.1.1. należy zauważyć, że wszystkie korelacje pomiędzy zmiennymi z testu określającego poziom depresyjności oraz oceny własnego ciała mają charakter ujemny. Oznacza to, że gdy depresyjność (lub skale użyte do jej pomiaru) rośnie to ocena własnego ciała w poszczególnych wymiarach maleje. W odniesieniu do badanej młodzieży oznacza to, że im wyższy poziom depresyjności u danej osoby, tym niżej ona ocenia swoje ciało pod różnymi względami. Analizując dane zawarte w tabeli 4.1.1. należy stwierdzić, że istnieje umiarkowana zależność pomiędzy ogólnym wynikiem depresyjności i ogólnym wynikiem oceny własnego ciała ( $r = -0,61$ ,  $p = 0,001$ ). Korelacja pomiędzy zmiennymi jest ujemna co oznacza, że im wyższy jest poziom depresyjności, tym niższa jest ocena własnego ciała. Oznacza to, że osoby, u których odczuwanie smutku, samotności wraz z izolacją społeczną jest na wysokim poziomie, to jednocześnie nisko oceniają one swoją atrakcyjność i są mniej zadowolone ze swojego wyglądu. Podobne zależności z nieco mniejszym, ale również istotnym poziomie zależności, występują pomiędzy wynikiem ogólnym depresyjności a oceną





własnego ciała (OWC) ( $r = -0,53$ ,  $p = 0,001$ ). Oznacza to, że młodzież depresyjna nie jest zadowolona ze swojego wyglądu, ich ciało im się nie podoba. Analogiczne zależności występują pomiędzy wynikiem ogólnym depresyjności a oceną własnej atrakcyjności (OWA) ( $r = -0,57$ ,  $p = 0,001$ ) co oznacza, że depresyjne nastolatki nie czują się osobami atrakcyjnymi pod względem fizycznym i mają poczucie, że nie są atrakcyjne dla płci przeciwnej. Podobna zależność zachodzi pomiędzy wynikiem ogólnym depresyjności a oceną własnej kondycji fizycznej (OWK) ( $r = -0,46$ ,  $p = 0,001$ ). Oznacza to, że młodzi ludzie, którzy mają symptomy depresji mniej dbają o swoją kondycję fizyczną i zdrowie. Na podstawie danych zawartych w tabeli 4.1. występuje słaba zależność pomiędzy wynikiem ogólnym depresyjności a troską o wygląd (TW) ( $r = -0,31$ ,  $p = 0,001$ ). Oznacza to, że osoby depresyjne mniej troszczą się o swój wygląd i w mniejszym stopniu podkreślają swoją atrakcyjność fizyczną, choć jest to prawidłowość występująca stosunkowo rzadko.

Na podstawie tabeli 4.1.1. można stwierdzić również umiarkowaną zależność pomiędzy ogólnym wynikiem depresyjności, gdzie ujęty został także wymiar tendencji samobójczych (DEPTS WO) w grupie badanej, a ogólnym wynikiem oceny własnego ciała (WO SOWF) ( $r = -0,61$ ,  $p = 0,001$ ). Oznacza to, że im wyższy poziom depresyjności w tym myśli i działań suicydalnych, tym niższy ogólny obraz własnego ciała u badanych. Na podobnym poziomie kształtuje się zależność pomiędzy ogólną depresyjnością w tym tendencji samobójczych (DEPTS WO) a oceną własnego ciała (OWC) ( $r = -0,53$ ,  $p = 0,001$ ), co oznacza, że depresyjna młodzież ze skłonnością do myśli samobójczych jest niezadowolona z wyglądu swojego ciała i poszczególnych jego części. Podobnie kształtuje się zależność pomiędzy ogólnym wynikiem depresyjności w tym tendencji samobójczych (DEPTS WO), a oceną własnej atrakcyjności (OWA) ( $r = -0,57$ ,  $p = 0,001$ ). Oznacza to, że depresyjna młodzież, która przyznaje się do myśli samobójczych, swoją atrakcyjność fizyczną uważa za niewystarczająco dobrą. Analogiczne zależności występują pomiędzy ogólną depresyjnością w tym tendencjach samobójczych oraz oceną własnej kondycji fizycznej (OWK) ( $r = -0,46$ ,  $p = 0,001$ ). Oznacza to, że nastolatki z tendencjami samobójczymi nisko oceniają stan swojej kondycji fizycznej i troski o nią. Słaba istotność występuje pomiędzy depresyjnością w tym także tendencjach samobójczych (DEPTS WO), a troską o swój wygląd (TK) ( $r = -0,31$ ,  $p = 0,001$ ). Co należy rozumieć jako powtarzająca się prawidłowość polegającą na tym, że depresyjni młodzi ludzie mniej troszczą się o swój wygląd i mniej podkreślają swoją atrakcyjność fizyczną.

Analiza wyników wskazuje także na umiarkowaną zależność pomiędzy wymiarem depresyjności (Dep) odnoszącej się do przeżywania przygnębienia, smutku, obaw i samotności w zastosowanym teście, a oceną własnego ciała (OWC) ( $r = -0,51$ ,  $p = 0,001$ ). Oznacza to, że



wysoki poziom smutku, samotności i obaw u młodzieży wiąże się z tym, że gorzej oceniają swoje ciało i nie są z niego zadowoleni. Ponadto depresyjność (Dep) wpływa ujemnie na ocenę własnej atrakcyjności (OWA) ( $r=-0,52$ ,  $p=0,001$ ), co oznacza, że im większe poczucie smutku i osamotnienia połączone ze znudzeniem i obawą, tym młodzież czuje się mniej atrakcyjna fizycznie. Depresyjność ma także umiarkowany związek z ogólnym wynikiem oceny własnego ciała (WO SOWF) ( $r=-0,55$ ,  $p=0,001$ ). Oznacza to, że osoby deklarujące poczucie smutku i osamotnienia ogólnie gorzej oceniają swoje ciało pod względem jego atrakcyjności, wyglądu i kondycji fizycznej.

Niższy poziom zależności, uznawany na poziomie umiarkowanego związku pomiędzy użytymi danymi, wykazany został w obszarze dobrego samopoczucia w stosunku do ogólnej oceny własnej fizyczności (WO SOWF) ( $r=-0,44$ ,  $p=0,001$ ). Oznacza to, że młodzież, która deklaruje złe samopoczucie oznaczające brak poczucia szczęścia i nadziei, negatywnie ocenia też swoje ciało. Związek dobrego samopoczucia z innymi wymiarami oceny własnego ciała wykazują słabą zależność pomiędzy zmiennymi.

Dokonując analizy Tabeli 4.1.1. (patrz, s. 84) należy zauważyć nadto, iż kontaktowość (Kont), jako wymiar badający poziom depresyjności wśród młodzieży w istotny sposób związana jest z oceną własnej fizyczności (OWA) ( $r=-0,40$ ,  $p=0,001$ ) i ogólną ceną fizyczności (WO SOWF) ( $r=-0,43$ ,  $p=0,01$ ). Oznacza to, że nastolatki, którzy mają trudność w nawiązywaniu kontaktu z innymi nisko oceniają swoją atrakcyjność i mają poczucie, że nie podobają się płci przeciwnej. Ponadto osoby te ogólnie niżej oceniają swoją atrakcyjność i wygląd. Słaba zależność, na poziomie wartości bezwzględnej  $r > 0,4$  występuje pomiędzy kontaktowością (Kont) a oceną własnego ciała (OWA), oceną własnej kondycji fizycznej (OWK) i troską o wygląd (TK). Oznacza to, że trudność w nawiązywaniu kontaktu z innymi nie zawsze wpływają na ocenę własnej atrakcyjności, kondycji fizycznej i troskę o wygląd wśród młodzieży.

Wyniki przedstawione w Tabeli 4.1.1. (patrz, s. 84) wskazują na istotny związek występujący pomiędzy indyferentnością (Indyf) a większością wymiarów odnoszących się do oceny fizyczności badanych. Największa zależność występuje w odniesieniu do ogólnej oceny własnej fizyczności (WO SOWF) ( $r=-0,52$ ,  $p=0,001$ ), nieco mniejsza w odniesieniu do oceny własnej atrakcyjności (OWA) ( $r=-0,49$ ,  $p=0,001$ ), a także do oceny własnego ciała (OWC) ( $r=-0,46$ ,  $p=0,001$ ) i oceny własnej kondycji fizycznej (OWK) ( $r=-0,43$ ,  $p=0,001$ ). Oznacza to, że osoby, które mają postawę bierną i charakteryzują się obojętnością i brakiem zadowolenia negatywnie oceniają swoje ciało, nie są z niego zadowolone, nie czują się atrakcyjne w oczach innych osób i nie dbają o swoje zdrowie fizyczne.



Analiza danych zawartych w Tabeli 4.1.1. (patrz, s. 84) wskazuje także na występowanie umiarkowanej zależności pomiędzy tendencjami samobójczymi (TS) a ogólną oceną własnej fizyczności (WO SOWF) ( $r=-0,42$ ,  $p=0,001$ ). Oznacza to, że osoby o skłonnościach do myśli i działań suicydalnych negatywnie oceniają swoją fizyczność. Pozostałe obszary dotyczące fizyczności badanych wykazują słabą zależność z tendencjami samobójczymi badanymi w teście CES-D.

## 4.2. Powiązania depresyjności i obrazu ciała w grupach o małym i dużym poziomie depresyjności

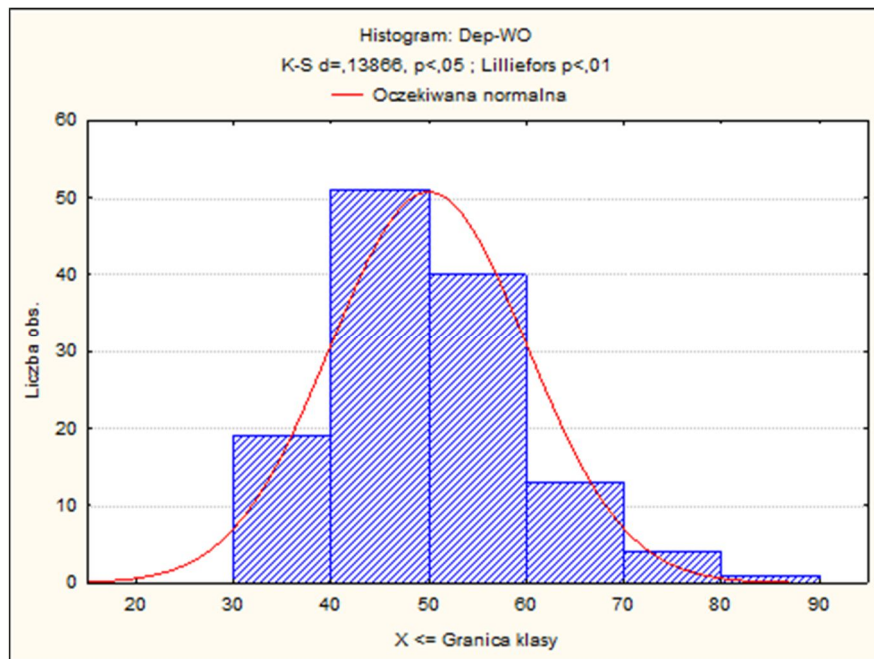
Podjęty program badawczy dotyczy ujęcia różnic pomiędzy obrazem ciała młodzieży z depresyjnością i bez depresyjności. Stąd konieczne było wyodrębnienie dwóch grup skrajnych: kontrolnej, czyli uczniów z niskim poziomem depresyjności oraz grupy eksperymentalnej, do której należą adolescenti z wysokim poziomem depresyjności. Po ukazaniu sposobu, w jaki wyodrębnione zostały grupy skrajne, dokonane zostanie porównanie obrazu ciała u młodzieży z grupy kontrolnej i eksperymentalnej.

Dokonanie w dalszej części pracy wnioskowania na podstawie zależności pomiędzy depresyjnością a obrazem ciała wymaga wyodrębnienia grup skrajnych badanej młodzieży o najwyższym i najniższym poziomie depresyjności. Uzyskana ogólna wartość depresyjności na podstawie testu CES-D posłużyła jako kryterium wyodrębnienia grup skrajnych badanej młodzieży ponadgimnazjalnej.

### 4.2.1. Sposób wyodrębnienia grup skrajnych

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych przy użyciu *Skali CES-D do oceny depresji* L. S. Radloffa otrzymano dane liczbowe w wyniku ogólnym testu (DEP WO) dla całej grupy badanych uczniów: średnią wynoszącą 50,01 i odchylenie standardowe równe 10,07 przy rozstępie otrzymanych rezultatów wynoszących: Min= 32 i Max= 81.





Wykres 4.2.1. Graficzny rozkład wyników w skali ogólnej depresyjności dla całej grupy badanych

Źródło: Opracowanie własne

W tabeli umieszczonej poniżej znajdują się przedziały w jakich plasowały się wyniki ogólne uzyskane przez badanych uczniów.

Tabela. 4.2.1. Procentowy rozkład wyników w skali ogólnej depresyjności (DEP WO) dla całej grupy badanych

Przedziały wyniku ogólnego depresyjności (DEP WO)	N	%
30<x<=40	12	9,38
40<x<=50	55	42,97
50<x<=60	41	32,03
60<x<=70	15	11,72
70<x<=80	4	3,12
80<x<=90	1	0,78
90<x<=100	0	0
<b>RAZEM</b>	<b>128</b>	<b>100</b>

Źródło: Opracowanie własne

Analiza danych zawartych w tabeli 4.2.1. wskazuje na to, że najliczniejszą grupą są nastolatki, których wynik ogólny depresyjności (DEP WO) mieści się w przedziale między 40 a 50 co stanowi 42,97% badanych. Drugą pod względem liczebności grupą wśród osób badanych są adolescenty, którzy uzyskali wyniki pomiędzy 50 a 60 w skali ogólnej badanej poziom depresyjności. Stanowią oni niespełną jedną trzecią badanych (32,03%). Kolejną pod względem liczebności grupą są osoby uzyskujące wyniki w przedziale pomiędzy 60 a 70 w



wyniku ogólnym depresyjności, co stanowi 11,72% badanych. Nieco mniej liczna jest grupa uzyskująca wyniki w przedziale pomiędzy 30 a 40, ich odsetek to 9,38%. Najmniej licznymi grupami są te uzyskujące najwyższe wyniki w skali ogólnej depresyjności. W przedziałach 70 do 80 stanowią oni 3,12% z całej grupy badawczej. Najwyższy wynik testu osiągnęła jedna osoba, której wyniki mieszczą się w granicach 90- 100. Stanowi ona 0,78% badanych.

Kierując się średnią i odchyleniem standardowym dla całego środowiska badanych, wybrano grupy skrajne. Dokonano tego za pomocą sposobu kwartylowego, dzięki któremu uwzględnionych zostało 25% osób z najwyższym i 25% osób z najniższymi wynikami. Efektem było wyodrębnienie grupy kontrolnej, w której znajdują się adolescenty z niską depresyjnością oraz eksperymentalnej, w skład której wchodzi młodzież z wysokim poziomem depresyjności.

Tabela 4.2.2. Statystyki opisowe grup skrajnych dla wyniku ogólnego depresyjności: DEP- WO

	<b>N ważnych</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Skośność</b>
Dep-WO	128	50,01	10,07	0,754071

Źródło: Opracowanie własne.

Liczebność grup skrajnych wyniosła po 30 osób badanych, w pozostałej grupie znajduje się 68 pozostałych przebadanych uczniów, którzy osiągnęli wyniki średnie.

Tabela 4.2.3. Liczebność grup skrajnych

Grupa	Liczebność N
grupa o wysokiej depresyjności	30
grupa o niskiej depresyjności	30
pozostali	68
Razem	128

Źródło: Opracowanie własne

#### 4.2.2. Porównanie obrazu ciała w grupie o niskiej i wysokiej depresyjności

Porównanie grup o niskiej i wysokiej depresyjności w obszarze obrazu ciała dokonane zostało za pomocą testu t- studenta, który służy do porównania dwóch średnich uzyskanych w badaniu. Średnie wyniki w skalach depresyjności CES-D zamieszczono w tabeli poniżej.



Tabela 4.2.4. Średnie wyniki w skalach CES-D w grupach o niskiej i wysokiej depresyjności

CES- D	Grupa z niską depresyjnością (ND)		Grupa z wysoką depresyjnością (WD)		Statystyki	
	M	SD	M	SD	T	p
Depresyjność i tendencje samobójcze- wynik ogólny (DEPTS WO)	39,50	2,11	64,13	6,58	-19,51	0,001
Depresyjność- wynik ogólny (DEP WO)	39,33	2,51	64,43	6,43	-19,91	0,001
Depresyjność (Dep)	40,70	2,99	63,66	7,44	-15,68	0,001
Dobre samopoczucie (Sam)	42,80	8,93	57,60	10,14	-5,99	0,001
Kontaktowość (Kont)	42,00	3,55	60,10	10,35	-9,06	0,001
Indyferentność (Indyf)	40,10	4,71	61,37	8,45	-12,03	0,001
Tendencje samobójcze (TS)	43,70	1,51	59,66	11,71	-7,41	0,001

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 4.2.4. wskazuje, że wszystkie dane w niej zawarte są istotne statystycznie, gdyż poziom istotności  $p$  jest niski i wynosi  $p=0,001$  na wszystkich wymiarów. Grupa z niską depresyjnością (ND) charakteryzuje się niskimi wynikami osiąganymi we wszystkich skalach testu CED- D do badania depresyjności w porównaniu z grupą o wysokim poziomie depresyjności. Osoby należące do grupy o niskiej depresyjności charakteryzują się odczuwaniem nieprzyjemnych uczuć takich jak smutek czy samotność na stosunkowo niskim poziomie. Oceniają pozytywnie swoje relacje z innymi odwołując się do odczuwania sympatii i przyjaźni ze strony innych ludzi. Mają poczucie szczęścia na przeciętnym poziomie, nadzieję co do przyszłości i odczuwają zadowolenie w różnych sytuacjach.

Osoby o wysokim poziomie depresyjności (WD) charakteryzują się wynikami powyżej średniej we wszystkich skalach odnoszących się do depresyjności i jej wymiarów. Oznacza to, że osoby z grupy eksperymentalnej charakteryzują się depresyjnymi odczuciami, które odnoszą się do wysokiego poczucia smutku i osamotnienia, poczucia przegranej oraz obaw dotyczących przyszłości. Ponadto osoby te skarżą się na niską samoocenę, brak nadziei na przyszłość i brak pozytywnych relacji z innymi osobami. Skarżą się również na trudności z koncentracją, brak apetytu i płacliwość.



Tabela 4.2.5. Średnie wyniki w skalach SOWF w grupach o niskiej i wysokiej depresyjności

SOWF	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia	Odchylenie standardowe	statystyki	
	Niska depresyjność ND	Niska depresyjność ND	Wysoka depresyjność WD	Wysoka depresyjność WD	t	p
	N= 30		N= 30			
Ocena własnego ciała OWC	56,90	7,49	41,60	8,06	7,61	0,001
Ocena własnej atrakcyjności OWA	57,13	8,52	42,43	7,86	6,95	0,001
Ocena własnej kondycji fizycznej OWK	55,50	8,69	43,60	11,22	4,59	0,001
Troska o swój wygląd TW	53,40	11,89	47,50	9,61	2,11	0,038
Ocena własnego ciała- wynik ogólny WO SOWF	57,33	8,58	41,87	8,99	6,81	0,001

Źródło: Opracowanie własne.

Graficzną ilustrację uzyskanych wyników przedstawia poniższy wykres 4.2.2. (patrz, s. 92).

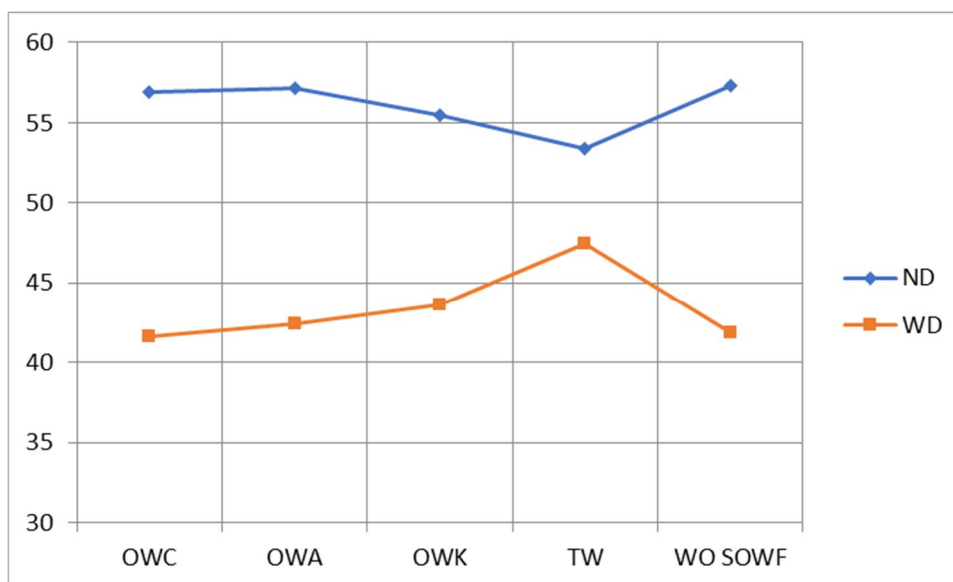
Analiza danych zawartych w tabeli 4.2.5. wskazuje, że wszystkie dane w niej zawarte są istotne statystycznie, gdyż poziom istotności  $p$  jest niski i wynosi  $p= 0,001$ . W skali odnoszącej się do troski o wygląd (TW), poziom istotności jest wyższy, lecz  $p$  mniejsze niż 0,05 dlatego uznajemy wynik za istotny statystycznie.

Na podstawie danych zawartych w tabeli 4.2.5. należy stwierdzić, że grupy o wysokiej i niskiej depresyjności różnią się pod względem obrazu ciała. Średnie wyniki w grupie młodzieży o wysokiej depresyjności są stosunkowo niższe niż w grupie o niskim poziomie depresyjności. Największe różnice widoczne są w ogólnej skali obrazu ciała (WO SOWF). Grupa o niskim poziomie depresyjności osiąga w skali ogólnej obrazu ciała (WO SOWF) wyniki na poziomie  $M= 57,33$ , grupa o wysokim poziomie depresyjności w tej samej skali uzyskuje wyniki na poziomie  $M=41,87$ . Oznacza to, że nastolatki o wysokim poziomie depresyjności gorzej oceniają swoje ciało w porównaniu z osobami zdrowymi. Stosunkowo duże różnice dotyczą także oceny własnego ciała (OWC) w badanych grupach. W grupie o niskim poziomie depresyjności badani oceniają własne ciało na poziomie  $M= 56,90$ , a w grupie o wysokim poziomie depresyjności badani oceniają własne ciało niżej  $M= 41,60$ . Młodzież o wysokim poziomie depresyjności jest o wiele mniej zadowolona z tego jak wygląda niż młodzież o niskim poziomie depresyjności. Mniejsze, choć nadal znaczące różnice występują



między grupami skrajnymi w skali odnoszącej się do oceny własnej atrakcyjności przez badanych (OWA) i oceny własnej kondycji fizycznej (OWK). W ocenie własnej atrakcyjności badani w grupie o wysokiej depresyjności osiągnęli średni wynik na poziomie  $M=42,43$ , a w grupie o niskiej depresyjności  $M=57,14$ . Ocena własnej kondycji fizycznej w grupie o wysokiej depresyjności jest niższa niż w grupie o niskiej depresyjności. Wynosi odpowiednio dla grup  $M=43,60$  i  $M=55,50$ . Oznacza to, że depresyjni nastolatki chcieliby być bardziej atrakcyjni i mają potrzebę większego powodzenia u płci przeciwnej. Młodzież o niskim poziomie depresyjności czuje się atrakcyjniejsza, ma także większe poczucie atrakcyjności w oczach innych. Młodzież o wysokim poziomie depresyjności negatywnie ocenia swoją troskę o kondycję fizyczną i zdrowie. Osoby badane z tej grupy chciałyby podejmować więcej zachowań prozdrowotnych. Młodzież o niskim poziomie depresyjności o wiele wyżej ocenia swoje starania o kondycję i zdrowie, wykazuje się też większym zadowoleniem w stosunku do podejmowanych strategii dbania o swoje ciało.

Najmniejsze różnice dotyczą troski o wygląd (TW). Wyniki badania przedstawione na wykresie 4.2.3. wskazują, że troska o wygląd jest większa w grupie o niskiej depresyjności  $M=53,40$ , a niższa dla grupy o wysokiej depresyjności  $M=47,50$ . Oznacza to, że depresyjna młodzież mniej troszczy się o swój wygląd w stosunku do osób zdrowych, choć nie jest to regułą.



Wykres 4.2.2. Porównanie wyników średnich w grupie eksperymentalnej i grupie kontrolnej w ocenie własnego ciała (SOWF)

Źródło: Opracowanie własne





Dane przedstawione na wykresie 4.2.2. wskazują, że pomiędzy grupami o niskiej i wysokiej depresyjności istnieją różnice w skalach odnoszących się do oceny własnego ciała. Oznacza to, że młodzież o niskiej depresyjności postrzega inaczej swoje ciała niż młodzież o wysokim poziomie depresyjności.

Dokonując analizy wykresu 4.2.2. należy zauważyć, że średnie wyniki uzyskiwane we wszystkich wymiarach testu Skala Oceny Własnej Fizyczności oraz wynik ogólny z tego testu w grupie o wysokiej depresyjności były zawsze niższe niż wyniki uzyskiwane w grupie o niskim poziomie depresyjności.



## ROZDZIAŁ 5. OBRAZ CIAŁA BADANEJ MŁODZIEŻY O RÓŻNYM TYPIE DEPRESYJNOŚCI

W niniejszym rozdziale przedstawiona zostanie typologia depresyjności oraz jej charakterystyka na podstawie uzyskanych w badaniu danych. Kolejno zostaną udzielone odpowiedzi na sformułowane w rozdziale trzecim pytania badawcze. Na końcu zostaną zweryfikowane postawione wcześniej hipotezy.

### 5.1. Sposób wyodrębnienia grup homogenicznych i ich charakterystyka

W celu dalszej analizy danych wykonano analizę skupień, dzięki której badaną grupę podzielono na cztery podgrupy. Na podstawie analizy Wykresu 5.1.1. oraz Tabeli 5.1.1. można stwierdzić, że grupy różnią się między sobą. Grupa II (*Niedepresyjni*) i III (*Znudzeni*) osiąga wyniki poniżej średniej. Oznacza to, że depresyjność w tych grupach jest niższa. Grupa I (*Osamotnieni*) i IV (*Depresyjni*) osiąga wyniki powyżej średniej. Oznacza to, że depresyjność w tych grupach jest stosunkowo wysoka.

Tabela 5.1.1. Procentowy rozkład liczebności grup o różnym typie depresyjności

GRUPA	N	%
I - Osamotnieni	30	23,44
II - Niedepresyjni	27	21,10
III - Znudzeni	49	38,30
IV- Depresyjni	22	17,12

Źródło: Opracowanie własne.

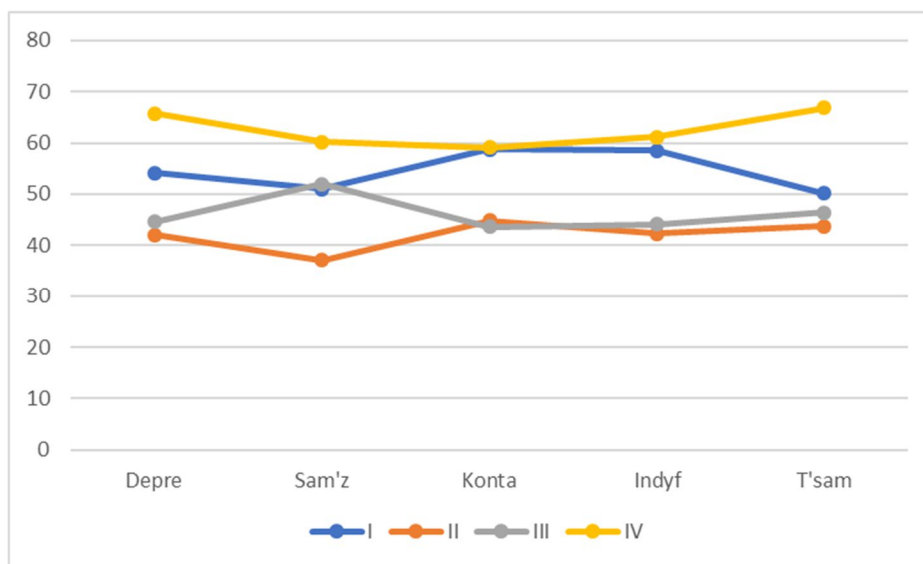
Liczebność poszczególnych grup wyróżnionych ze względu na różne typy depresyjności różni się pomiędzy sobą. Grupy te charakteryzują się odmienną konfiguracją wyników uzyskanych w poszczególnych czynnikach Skali Depresji CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) L. E. Rodloff i E. Helmes- Wersja zmodyfikowana przez St. Tucholska (patrz, Tabela 5.1.2.).



Tabela 5.1.2. Porównanie wyników średnich uzyskanych przez młodzież ponadgimnazjalną o różnym typie depresyjności w Skali Depresji CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) L. E. Rodloff i E. Helmes. Wersja zmodyfikowana przez St. Tucholska

Czynniki depresyjności Skali Depresji CES-D	I		II		III		IV	
	Osamotnieni		Nie depresyjni		Znudzeni		Depresyjni	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Depresyjność (Dep)	54,17	6,20	42,11	4,17	44,57	5,20	65,73	6,48
Dobre samopoczucie (Sam)	51,03	8,08	37,11	5,05	51,91	5,01	60,28	9,90
Kontaktowość (Kont)	58,70	7,11	44,85	5,52	43,57	4,02	59,13	11,14
Idyferentność (Indyf)	58,43	6,73	42,33	6,11	44,06	4,56	61,09	8,67
Tendencje samobójcze (TS)	50,10	6,77	43,77	1,78	46,37	4,91	66,82	9,34

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 5.1.1. Konfiguracja wyników w czynnikach Skali Depresji CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) L. E. Rodloff i E. Helmes. Wersja zmodyfikowana przez St. Tucholska uzyskanych przez młodzież o różnym typie depresyjności  
 Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie danych zawartych w Tabeli 5.1.1. (patrz s. 94) w grupie *Osamotnionych* znajduje się 30 osób. Grupa najwyższe wyniki osiąga w obszarze kontaktowości (Kont= 58,70) i najniższe w skali tendencji samobójczych (TS= 50,10). Osoby z tej grupy najczęściej były małomówne, miały poczucie, że inni ludzie nie byli w stosunku do nich przyjaźnie nastawieni lub wręcz czuli się przez nich nie lubiani. Ponadto skarżyli się na apatyczność, niski apetyt i płaczliwość w przeciągu ostatnich siedmiu dni. Na wysokim poziomie w grupie *Osamotnionych* jest średnia wyników uzyskanych w czynniku indyferentność. Oznacza to, że młodzi ludzie z grupy oprócz niezadowolających relacji z innymi, mają także trudności w koncentracji uwagi, odczuwają niskie zadowolenie w życiu lub wręcz mają poczucie rozbicia.



Analizując dane z Tabeli 5.1.1. (patrz s. 94) i tabeli 5.1.2. grupa *Niedepresyjnych* składa się 27 osób. Jej wyniki skrajne to samopoczucie (Sam= 37,11) i kontaktowość (Kont= 44,85). Osoby te charakteryzują się stosunkowo dobrym samopoczuciem, co przekłada się pozytywnie na ich poczucie szczęścia i samoocenę w stosunku do innych ludzi. Osoby te wysoko oceniają swoją nadzieję na przyszłość. W grupie *Niedepresyjnych* czynnik depresyjności jest stosunkowo na najniższym poziomie. Zatem poczucie smutku, obawy czy samotności w tej grupie występuje, ale nie jest dominującym elementem życia.

Najliczniej reprezentowanym typem depresyjności są osoby charakteryzujące się znużeniem, których grupa liczy 49 osób. Grupa *Znużonych* osiąga najwyższe wyniki w skali samopoczucia (Sam= 51,91), a najniższe w obszarze kontaktowości (Kont= 43,57). W tych dwóch wymiarach różni się od *Niedepresyjnych*. Oznacza to, że osoby te nisko oceniają swoje poczucie szczęścia, nadzieję na przyszłość i samoocenę porównując się do innych ludzi. Doświadczają mniejsze niż zwykle zainteresowanie rzeczami, które dotąd były dla nich interesujące. Jednocześnie oceniają pozytywnie relacje z innymi ludźmi uznając, że doświadczają przyjaźni i sympatii ze strony innych. Odczuwanie smutku, obawy, samotności i znużenia jest w grupie na poziomie poniżej wyników średnich (Dep= 44,57). Grupa ta charakteryzuje się także nieco wyższymi wynikami w skali tendencji samobójczych w porównaniu z grupą *Niedepresyjnych*.

Najwyższe wyniki we wszystkich czynnikach osiąga grupa *Depresyjnych*. Najniższą wartość odnotowuje się w wymiarze kontaktowości (Kont= 59,14), a najwyższe wartości w tendencjach samobójczych (TS=66, 82) i depresyjności (Dep= 65,73). Grupa *Depresyjnych* jest najmniej liczna, bo należy do niej 22 osoby spośród badanych. Wysokie tendencje samobójcze w tej grupie objawiają się myślami o śmierci lub pragnieniem śmierci. Osoby te deklarowały także myśli samobójcze w przeciągu minionego tygodnia. Charakterystyczne dla tej grupy jest odczuwanie znużenia rzeczami, które wcześniej były dla nich interesujące, chandry jako przedłużającego się uczucia smutku, a także braku energii do działania. *Depresyjni* często w ostatnim tygodniu odczuwali smutek, obawę, samotność i mieli poczucie rozbitcia. Ponadto deklarowali niskie łaknienie, małomówność i poczucie braku przyjaźni i sympatii ze strony innych ludzi.

Na podstawie powyższej analizy należy zauważyć, że młodzież należąca do II grupy ma najniższy wskaźnik pośród depresyjności spośród wszystkich grup. W związku z tym, że w czynniku odpowiadającym za złe samopoczucie i obszarze badającym tendencje samobójcze osiąga najniższe wyniki, to można stwierdzić, że młodzież ta jest najbardziej zdrowa spośród badanych. Grupa *Znużonych* w większości posiada podobne cechy odnoszące się do poziomu



depresyjnych uczuć i relacji z innymi, co grupa poprzednia. Jednak ze względu na wysoki wskaźnik złego samopoczucia wyniki grupy są mniej pozytywne niż *Niedepresyjnych* adolescentów. Podobny wynik pod względem samopoczucia osiąga grupa I. *Osamotnieni* mają jednak wyższy poziom niezadowolenia z relacji z innymi ludźmi niż *znudzona* młodzież. Najwyższe wyniki we wszystkich skalach osiąga grupa IV, u której poziom depresyjności, złego samopoczucia, relacji z innymi, bierności i tendencji samobójczych jest stosunkowo najwyższy ze wszystkich badanych wskaźników.

## 5.2. Obraz ciała młodzieży ponadgimnazjalnej o różnym typie depresyjności

Kolejnym etapem analizy statystycznej dokonywanej na uzyskanym materiale badawczym będzie porównanie grup homogenicznych pod względem oceny własnego ciała. W tym celu zastosowano test analizy wariancji ANOVA. Następnie dane uzyskane w badaniu poddano analizie testem Gomesa- Howella w celu wykazania istotnych pod względem statystycznym różnic międzygrupowych. Test wariancji ANOVA wykazał, że depresyjność wpływa na wszystkie wymiary testu Skala Oceny Własnej Fizyczności, gdyż ich istotność jest mniejsza niż  $p=0,005$ .

Analizując dane liczbowe zawarte w Tabeli 5.2.1. zauważa się istotne różnice międzygrupowe w obszarze oceny własnego ciała (OWC,  $F=13,77$ ,  $p=0,001$ ) pomiędzy grupą *Osamotnionych* ( $M=47,20$ ,  $SD=9,474$ ) i *Niedepresyjnych* ( $M=56,67$ ,  $SD=7,125$ ) oraz pomiędzy grupami *Niedepresyjnych* i *Depresyjnych* ( $M=41,91$ ,  $SD=10,038$ ) a także pomiędzy *Znudzonymi* ( $M=52,61$ ,  $SD=8,595$ ) i *Depresyjnymi*.

Tabela 5.2.1. Analiza powiązań pomiędzy depresyjnością (Skala Depresji CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) L. E. Rodloff i E. Helmes. Wersja zmodyfikowana przez St. Tucholska) oraz obrazem ciała (Skala Oceny Własnej Fizyczności autorstwa K. Ziętkowska i St. Tucholska)

	GRUPA I Osamotnieni		GRUPA II Niedepresyjni		GRUPA III Znudzeni		GRUPA IV Depresyjni		F	p	Test Gomesa- Howella
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
Ocena własnego ciała OWC	47,20	9,47	56,67	7,12	52,61	8,59	41,91	10,04	13,77	0,001	I – II II – IV III - IV
Ocena własnej atrakcyjności OWA	44,57	8,15	57,00	6,74	52,63	9,07	42,95	9,61	16,73	0,001	I – II II – IV III – I III - IV
Ocena własnej kondycji fizycznej OWK	46,80	10,53	55,33	8,04	51,67	8,22	42,68	9,62	9,77	0,001	I – II II – IV III - IV
Troska o wygląd TW	48,10	9,24	55,56	11,06	50,06	9,03	45,91	9,56	4,12	0,004	I – II II - IV
Ocena własnego ciała- wynik ogólny WO SOWF	45,50	8,08	57,85	7,28	52,31	8,34	41,45	9,67	19,95	0,001	I – II I – III II – III II – IV III - IV

Źródło: Opracowanie własne.

Porównując otrzymane wyniki w Tabeli 5.2.1. należy zwrócić także uwagę na istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami w odniesieniu do skali oceny własnej atrakcyjności (OWA,  $F= 16,73$ ,  $p= 0,001$ ) pomiędzy grupą *Osamotnionych* ( $M= 44,57$ ,  $SD= 8,152$ ) i *Niedepresyjnych* ( $M= 57,00$ ,  $SD= 6,737$ ), pomiędzy *Niedepresyjnymi* i *Depresyjnymi* ( $M=42,95$ ,  $SD= 9,614$ ), pomiędzy *Znudzonymi* ( $M=52,63$ ,  $SD= 9,068$ ) i *Osamotnionymi* oraz pomiędzy *Znudzonymi* i *Depresyjnymi*.

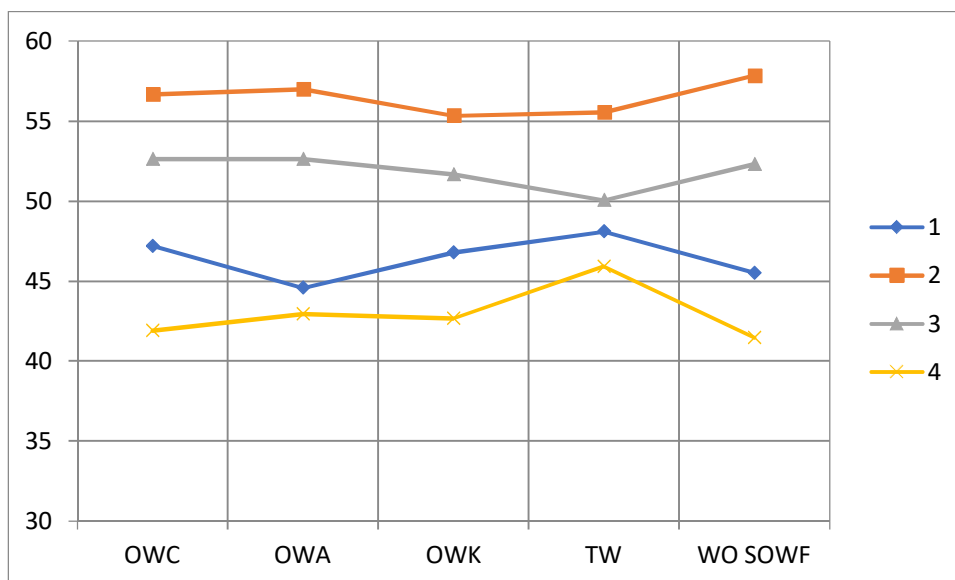
Analizując kolejne dane liczbowe zawarte w Tabeli 5.2.1. zauważa się istotne różnice międzygrupowe w obszarze oceny własnej kondycji fizycznej (OWK,  $F=9,77$ ,  $p= 0,001$ ) pomiędzy grupą *Osamotnionych* ( $M=46,80$ ,  $SD=10, 529$ ) i *Niedepresyjnymi* ( $M=55,33$ ,  $SD=8,038$ ) a także pomiędzy *Niedepresyjnymi* i *Depresyjnymi* ( $M=42,68$ ,  $SD=9,618$ ). Różnice między grupowe występują również pomiędzy grupą *Niedepresyjnych* i *Depresyjnych*.

W obszarze troski o swój wygląd (TW,  $F= 4,12$ ,  $p= 0,004$ ) istotne statystycznie różnice międzygrupowe występują w odniesieniu do młodych *Osamotnionych* ( $M=48,10$ ,  $SD=9,238$ ) i *Niedepresyjnych* ( $M=55,56$ ,  $SD=11,060$ ) oraz *Niedepresyjnych* i *Depresyjnych* ( $M=45,91$ ,  $SD=9,556$ ).

Z danych zawartych w Tabeli 5.2.1. wynika również, że istotne statystycznie różnice zachodzą w odniesieniu do wyniku ogólnego z testu Skala Oceny Własnej Fizyczności K.



Ziętkowska i St. Tucholska. Istotne różnice międzygrupowe zachodzą pomiędzy grupą *Osamotnionych* ( $M= 45,5$ ,  $SD=8,080$ ) i *Niedepresyjnych* ( $M=57,85$ ,  $SD= 7,28$ ), pomiędzy *Osamotnionymi* i *Znudzonymi* ( $M=52,31$ ,  $SD= 8,34$ ), a także w grupie *Niedepresyjnych* i *Znudzonych*; *Niedepresyjnych* i *Depresyjnych* ( $M= 41,45$ ,  $SD=9,67$ ). Międzygrupowe różnice w średnich można zaobserwować również w odniesieniu do *Znudzonych* i *Depresyjnych*.



Wykres 5.2.1. Obraz ciała u badanej młodzieży ponadgimnazjalnej o różnych typach depresyjności  
 Źródło: Opracowanie własne.

Dane zaprezentowane na Wykresie 5.2.1. wskazują na to, że grupa młodzieży *Depresyjnej* ma najniższą ocenę własnego ciała zarówno w wyniku ogólnym testu Skala Oceny Własnej Fizyczności jak i w poszczególnych jego czynnikach. Najwyższe oceny własnej fizyczności uzyskali badani z II grupy, u których poziom depresyjności był najniższy ze wszystkich grup wyróżniających typy depresyjności. Wyniki stosunkowo wysokie w porównaniu do pozostałych grup osiągnęła w ocenie własnej fizyczności grupa *Znudzonych* adolescentów. *Osamotnieni* w badaniu obrazu własnego ciała osiągnęli wyniki niższe niż *Znudzeni*, ale wyższe niż grupa *Depresyjna*.

Powyższe wyniki wskazują na to, że grupa *Depresyjnych* młodych badanych najniżej ocenia swoją atrakcyjność, kondycję fizyczną swojego ciała i czuje się także najmniej zadowolona ze swojego ciała jako całości oraz poszczególnych jego elementów. Najlepiej swoją fizyczność ocenia grupa *Niedepresyjnych*. Ogólnie jest zadowolona ze swojego ciała. Osoby należące do tej grupy czują się atrakcyjne i mają poczucie takiej oceny u innych. Podejmują liczne starania w trosce o swój wygląd zewnętrzny i podkreślanie swojej

atrakcyjności fizycznej. Grupa *Znudzonych* nieco gorzej odnosi się do oceny własnej fizyczności. Najbardziej jest zadowolona z ciała jako całości i poszczególnych jego elementów, nieco mniej ze swojej atrakcyjności u płci przeciwnej. Podejmuje starania o swój wygląd zewnętrzny, jednak troska o kondycję fizyczną i atrakcyjność jest dla tych osób ważniejsza. *Osamotniona* grupa młodzieży czuje się z kolei zadowolona ze swojego ciała, troszczy się też o swój wygląd zewnętrzny i podkreśla swoją atrakcyjność. Jest jednak mniej zadowolona z powodzenia u płci przeciwnej i ma poczucie, że dba o swoją kondycję fizyczną, jednak mniej niż o wygląd.

#### 4.5. Podsumowanie i weryfikacja hipotez

Realizowana procedura badawcza dostarczyła danych dotyczących depresyjności i oceny własnego ciała w grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Wyniki uzyskane w przeprowadzonym badaniu dały podstawę do udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze i weryfikację hipotez.

Celem niniejszej pracy była odpowiedź na pytanie: **Czy i jakie powiązania zachodzą pomiędzy obrazem ciała a depresyjnością wśród młodzieży?** Szczegółowe pytania badawcze brzmiały następująco:

1. Czy i jakie różnice zachodzą w obrazie siebie u młodzieży o wysokim i niskim poziomie depresyjności?
2. Czy i jakie różnice zachodzą w ocenie własnego ciała u młodzieży o wysokim i niskim poziomie depresyjności?
3. Czy i jakie różnice zachodzą w ocenie własnej atrakcyjności u młodzieży o wysokim i niskim poziomie depresyjności?
4. Czy i jakie różnice zachodzą w ocenie własnej kondycji fizycznej i wagi u młodzieży o wysokim i niskim poziomie depresyjności?
5. Czy i jakie różnice zachodzą w trosce o swój wygląd u młodzieży o wysokim i niskim poziomie depresyjności?

Odpowiedź na główne pytanie badawcze, które było celem niniejszej pracy znajduje się w podrozdziale 4.1.1. Podstawy do udzielenia odpowiedzi na szczegółowe pytania badawcze zawiera podrozdział 4.2.4.

Statystyczne opracowania uzyskanego w badaniu materiału badawczego pozwalają na udzielenie odpowiedzi na hipotezę ogólną postawioną w niniejszej pracy, która brzmi: *Istnieją powiązania między obrazem ciała a depresyjnością u młodzieży.* Weryfikacja hipotezy była możliwa poprzez wykorzystanie analizy współczynnika korelacji liniowej  $r$  Pearsona na całej





grupie badawczej. Związek pomiędzy obrazem ciała a depresyjnością u badanej młodzieży występuje i ma charakter ujemny. Oznacza to, że gdy depresyjność badana testem *CES-D* autorstwa autorstwa L. S. Radloff i E. Helmes w polskiej adaptacji Ewy Dojka, Macieja Górkiewicz i Andrzeja Pająk w wersji zmodyfikowanej przez Stanisławę Tucholską (skale użyte do jej pomiaru) rośnie to ocena własnego ciała mierzona za pomocą testu *SOWF* autorstwa K. Ziętkowskiej i S. Tucholskiej w poszczególnych wymiarach maleje. Umiarkowany związek pomiędzy depresyjnością a obrazem ciała w odniesieniu do całej grupy badawczej występuje w wymiarach dotyczących ogólnego obrazu ciała, oceny własnego ciała, oceny własnej atrakcyjności fizycznej i oceny własnej kondycji fizycznej. Oznacza to, że osoby, u których występuje wyższy poziom depresyjności, są mniej zadowolone ze swojego ciała, mniej im się podoba ich własne ciało, uwzględniając przy tym różne elementy takie jak oczy czy włosy. Depresyjność wpływa także na obniżenie poczucia własnej atrakcyjności wśród młodzieży. Osoby, u których poziom depresyjności jest wyższy, mają mniejsze poczucie atrakcyjności u płci przeciwnej. Ponadto młodzież o wyższym poziomie depresyjności ocenia własną troskę o kondycję fizyczną na niskim poziomie. Młodzież ta deklaruje także mniej działań prozdrowotnych podejmowanych w celu utrzymania kondycji fizycznej swojego ciała. Słaba zależność, która jest jednak istotna statystycznie, występuje między depresyjnością a troską o wygląd. Co oznacza, że młodzież, u której poziom depresyjności jest stosunkowo wysoki, mniej troszczy się o wygląd niż osoby zdrowe. Uwydatnianie swojej atrakcyjności fizycznej występuje jednak częściej u młodzieży depresyjnej niż troska o kondycję fizyczną czy pozytywna ocena własnego ciała.

Szczegółowe hipotezy badawcze postawione w procedurze badawczej brzmiały:

H1. Młodzież o wysokim poziomie depresyjności cechuje bardziej negatywny obraz ciała niż młodzież o niskim poziomie depresyjności.

H2. Młodzież o wysokim poziomie depresyjności cechuje niższa ocena własnego ciała niż młodzież o niskim poziomie depresyjności.

H3. Młodzież o wysokim poziomie depresyjności cechuje niższa ocena własnej atrakcyjności niż młodzież o niskim poziomie depresyjności.

H4. Młodzież o wysokim poziomie depresyjności cechuje niższa ocena własnej kondycji fizycznej i wagi niż młodzież o niskim poziomie depresyjności.

H5. Młodzież o wysokim poziomie depresyjności cechuje mniejsza troska o swój wygląd niż młodzież o niskim poziomie depresyjności.



Weryfikacja tych hipotez była możliwa dzięki analizie dokonanej na grupach skrajnych, gdzie za pomocą testu t- studenta w grupach o niskiej i wysokiej depresyjności dokonano analizy czynników testu *Skala Oceny Własnej Fizyczności* autorstwa Katarzyny Zintkowskiej i Stanisławy Tucholskiej.

Na podstawie przeprowadzonych badań należy stwierdzić, że grupy o wysokiej i niskiej depresyjności różnią się pod względem obrazu ciała. Średnie wyniki w grupie młodzieży o wysokiej depresyjności są niższe niż w grupie o niskim poziomie depresyjności. Oznacza to, że młodzież o wysokiej depresyjności ma bardziej negatywny obraz swojego ciała niż młodzież o niskiej depresyjności. Powyższe dane stanowią podstawę do potwierdzenia pierwszej hipotezy szczegółowej. Podobnie jest w odniesieniu do oceny własnego ciała. Młodzież o wysokim poziomie depresyjności ma stosunkowo niższą ocenę zadowolenia ze swojego ciała i poszczególnych jego elementów niż grupa o niskim poziomie depresyjności, co potwierdza drugą hipotezę szczegółową postawioną w badaniu. Mniejsze, choć nadal znaczące różnice występują pomiędzy grupami skrajnymi w skali odnoszącej się do oceny własnej atrakcyjności. Osoby o wysokiej depresyjności czują się mniej atrakcyjne niż osoby o niskim poziomie depresyjności. Potwierdza to trzecią hipotezę postawioną w projekcie badawczym. Pozytywna weryfikacja następuje także w odniesieniu do czwartej hipotezy szczegółowej. Osoby o wysokim poziomie depresyjności podejmują mniej działań na rzecz swojej kondycji fizycznej niż młodzież o niskim poziomie depresyjności. Najmniejsze różnice pomiędzy grupami dotyczą troski o wygląd. Przedstawione wyniki badania wskazują, że podkreślanie własnej atrakcyjności poprzez uwydatnianie cech wyglądu, jest większe w grupie o niskiej depresyjności a niższe dla grupy o wysokiej depresyjności, co stanowi podstawę do potwierdzenia piątej hipotezy badawczej.

Po przeprowadzonych analizach nasuwają się następujące wnioski. Depresyjność ma wpływ na obraz ciała i znacząco go modyfikuje. Badana grupa młodzieży ponadgimnazjalnej o wysokim poziomie depresyjności cechuje się bardziej negatywnym obrazem własnego ciała. Skutkuje to mniejszym zadowoleniem z własnego ciała i mniejszą satysfakcją z jego wyglądu. Depresyjność także ujemnie wpływa na subiektywną ocenę własnej atrakcyjności wśród młodzieży. Przekłada się również na mniejszą troskę o swoją kondycję fizyczną, co związane jest z niechęcią do wysiłku fizycznego i dolegliwościami somatycznymi. Depresyjność wpływa także na troskę o wygląd zewnętrzny wśród młodzieży. Przekłada się to na mniejszą uwagę skierowaną na strój i sylwetkę.

Podsumowując, należy zauważyć, że wszystkie hipotezy badawcze przedstawione w niniejszym opracowaniu zostały potwierdzone w wyniku przeprowadzonego projektu



badawczego. Wyniki badań naukowych pokrywają się z wnioskami niniejszego opracowania. Negatywny obraz ciała jest jednym z czynników stresowych, które mogą prowadzić do depresji, co wskazywało by na dwustronną zależność depresyjności i obrazu ciała. Zmiany zachodzące w ciele młodego człowieka są źródłem trudności emocjonalnych młodych osób i przy wystąpieniu innych czynników mogą powodować depresję.



## ZAKOŃCZENIE

Ciało we współczesnym świecie znajduje się w centrum zainteresowania naukowców, branży przemysłowej, spożywczej i farmaceutycznej. Świadczy o tym rozbudowany przemysł kosmetyczny, moda na zdrowy tryb życia oraz kultura chudości o której piszą psychologowie, socjologowie i antropolodzy. Jednym z głównych determinantów, który wpływa na kształtowanie obrazu ciała jest płeć oraz związane z nią role kulturowe podejmowane przez kobiety i mężczyzn. W celu omówienia tematyki obrazu ciała niezbędne było uporządkowanie kwestii terminologicznych. Był to zabieg konieczny, dokonywany przez większość badaczy tematu. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest ogromna różnorodność, ale także rozbieżność interpretacji poszczególnych terminów. Na potrzeby niniejszej pracy pojęcie obrazu ciała i wizerunku ciała traktowane były tożsamo i stosowane zamiennie.

Począwszy od lat pięćdziesiątych XX wieku, gdy Paul Schilder po raz pierwszy użył tego terminu, aż po współczesne opracowania, obraz ciała opisywany był wieloaspektowo. W literaturze przedmiotu liczne definicje odnoszą się także do pojęcia schematu ciała. Pełna klasyfikacja podejść do problematyki obrazu zawiera trzy aspekty. Pierwszym z nich jest obraz ciała rozpatrywany jako poziom zadowolenia z jego kształtu, rozmiaru albo wyglądu. Drugim podejściem jest subiektywna koncepcja własnego ciała, oparta na ocenie, czyli subiektywnym postrzeganiu własnego ciała przez innych. Trzecim aspektem obrazu ciała jest konstrukt o charakterze wielowymiarowym. Składa się na niego postrzeganie ciała, postawy wobec ciała, zachowanie, lęk przed nadwagą, niezadowolenie z ciała, wartościowanie ciała, preferencje szczupłej sylwetki czy zaburzenia jedzenia.

Koncepcje psychologiczne opisujące obraz ciała w teorii odwołują się do różnych paradygmatów. W teorii rozbieżności Ja E. Tory Higgins opisuje relacje pomiędzy poznawczymi a emocjonalno-motywacyjnymi aspektami Ja. Rozbieżność w postrzeganiu dotyczy własnych wyobrażeń i przekonań na swój temat oraz punktu widzenia innych osób. Bardzo ważną rolę w tym procesie odgrywają tzw. znaczący inni, czyli rodzice, rodzeństwo, partner. Rozbieżności w ocenie Ja wywołują nieprzyjemne emocje takie jak wstyd, zakłopotanie i mogą prowadzić do obniżenia samooceny. W podejściu psychoanalitycznym Ja cielesne zdaniem Kruegera obejmuje trzy wymiary: psychiczne doświadczenie wrażeń cielesnych, doświadczenie funkcji ciała i obraz ciała. Reprezentacja ciała według koncepcji psychoanalitycznych rozwija się w pierwszych dwóch latach życia człowieka. Oparta jest o dotyk, rodzaj więzi z opiekunem i doświadczenie gotowości do realizowania potrzeb dziecka. Poznawczo-behawioralny model rozwoju obrazu ciała Thomasa Casha oparty jest na treściach



kulturowych odnoszących się do ciała. Ideał szczupłej sylwetki, fizyczne atrybuty płci męskiej i żeńskiej, kontakty z innymi (szczególnie rodzicami i rówieśnikami) w odniesieniu do samooceny, perfekcjonizmu, samoświadomości czy pewności siebie budują obraz ciała jednostki. Wspólnym mianownikiem wszystkich przytoczonych w pracy teorii jest doświadczanie swojego ciała w relacji z bliskimi osobami na różnych etapach rozwoju. Teoretycy przedmiotu podkreślają bardzo doniosłą rolę rodziców jako osób znaczących w życiu jednostki w budowaniu obrazu własnego ciała.

Czynników wpływających na kształtowanie się obrazu siebie jest wiele. Kształtowanie się wizerunku ciała odbywa się w procesie rozwoju człowieka. Ważnym momentem jest okres dojrzewania, gdy zachodzą zmiany w ciele, co ma wpływ na poziom zadowolenia z ciała. Czynniki związane z relacją z rodzicami są bardziej znaczące niż czynniki kulturowe, choć ich rola też jest duża.

Mierzalna grupa czynników wpływających na obraz ciała odnosi się do wagi, kształtu ciała i współczynnika BMI. Liczne przykłady w literaturze podają, że wskaźnik BMI jest decydującym w ocenie własnego ciała w kulturze Zachodu. W większości osoby otyłe bez względu na wiek są niezadowolone ze swojego ciała, mają przekonanie, że ich ciało jest wstrętne. Choć literatura wskazuje na związek wagi z percepcją własnego ciała, to związek ten nie jest do końca jasny. Podobnie jest w przypadku kształtu ciała. Stereotypy funkcjonujące w kulturze zachodniej odnoszą się często do jego kształtu. Rozumienie słowa szczupły i gruby mają jednoznaczne i utrwalone na przestrzeni wieków konotacje. Badania potwierdzają, że chudość we współczesnej kulturze jest synonimem sukcesu, a otyłość wręcz przeciwnie. Osoby otyłe najczęściej określane są negatywnie. Przypisywane są im takie cechy jak niepowodzenie, niepopularność, lenistwo, nieatrakcyjność oraz przejadanie się. Mierzalne czynniki odpowiadające za kształtowanie się obrazu siebie podlegają subiektywnej ocenie. Badania wskazują, że większość kobiet nie jest zadowolona z własnego ciała na co wskazują wyniki badań przeprowadzonych na początku XXI wieku na grupie trzydziestu trzech tysięcy kobiet. Trzy czwarte kobiet, które wzięły udział w badaniu określiły siebie jako "za tłuste". Zaledwie jedna czwarta z tej grupy miała nadwagę. Co ciekawe jedna trzecia z nich miała wskaźnik BMI w przedziale odpowiadającym za niedowagę.

Drugą grupą czynników warunkujących obraz własnego ciała jest znaczenie płci i ról odgrywanych przez kobiety i mężczyzn, wzorce przekazywane z pokolenia na pokolenie, zmiany społeczno- kulturowe i rozpowszechniające je media. Media tyranizują ciało człowieka tysiącami przekazów nakazujących nieustanne monitorowanie swojego ciała i poszukiwanie oznak jego nieadekwatności, czyli różnic pomiędzy nimi a prezentowanymi modelkami i



modelami w reklamach. Promowanie idealnej sylwetki w mediach polega również na rozpowszechnianiu mody na tzw. zdrowy styl życia. Polega on na stosowaniu określonych diety, suplementy diet, środków odchudzających oraz aktywności fizycznej określonego rodzaju. Zdrowie jednostki leży w interesie ogromnych koncernów farmaceutycznych i państw, które dzięki promocji zdrowego trybu życia oszczędzają ogromne fundusze na opiece zdrowotnej. Spoty reklamowe definiują ideał kobiecego i męskiego ciała. Ten drugi opisywany jest poprzez szczupłość i muskulaturę jednocześnie, wąskie biodra, płaski brzuch, dobrze zbudowaną klatkę piersiową i szerokiej ramiona. Wymogi stawiane męskiemu ciału są niższe niż te stawiane kobietom. Są też mniej złożone i przez to łatwiejsze do spełniania.

Ciało jest rdzeniem tożsamości człowieka. Podlega ono ciągłym ocenom. Normy kulturowe nakazują dostosowywać swoje ciało, co związane jest z licznymi zabiegami dietetycznymi, kosmetycznymi, fizycznymi i chirurgicznymi. Zabiegi te wpisane są w kulturę poprzez: rytuały przejścia do dorosłości, definiowanie swojej tożsamości poprzez przyjęcie określonej estetyki, ale także informują o statusie społecznym i ekonomicznym i są sposobem rywalizowania kobiet pomiędzy sobą. Jest to także sposób na zwiększanie poczucia kontroli nad własnym życiem. Źródłem trudności w poszukiwaniu własnej tożsamości kobiet jest sprzeczność wymagań jakie się im stawia. Podstawową rolą kobiety w patriarchacie jest poświęcenie się na rzecz domu i rodziny. Jednakże współczesność stawia wobec kobiet wymagania dotyczące aktywizacji zawodowej. Sprzeczność tego komunikatu, czyli pozostawanie w roli kobiety i coraz większe zaangażowanie w sferę publiczną przypisywana mężczyznom powoduje zagubienie w kwestii tożsamości płci. Hybrydalność wzorów męskości i kobiecości prowadzi niejednokrotnie do kształtowania własnej samooceny poprzez pryzmat własnego ciała. Interpretacje opresyjności dotyczącej ciała kobiety są różne. Jedni uznają je za podważenie samooceny i zawężenie aspiracji życiowych. Inni uzasadniają kulturę chudości chęcią wyzwolenia seksualnego, czyli oddzieleniem seksualności kobiety od funkcji prokreacyjnej. Kultura chudości i jej opresyjność wskazuje na to, że ciało kobiety i mężczyzny zaczyna być do siebie podobnie. Następuje bowiem proces feminizacji ciała męskiego i kryzys tradycyjnie definiowanej męskości.

Posiadanie idealnego ciała wiąże się z gratyfikacją społeczną. Kobiety są bardziej podatne na czynniki, które odpowiadają za kształtowanie negatywnego obrazu ciała niż mężczyźni. W obszarze obrazu ciała większość kobiet odczuwa głębokie poczucie niedoskonałości, co skutkuje poczuciem winy i wstydem. Negatywny obraz ciała jest jednym z czynników stresowych, które mogą prowadzić do depresji. Zmiany zachodzące w ciele w



okresie dorastania mogą współwystępować z depresyjnością. Wiąże się to ze zwiększonym krytycyzmem w stosunku do własnego ciała w szczególności u dziewcząt.

Pojęcie depresyjności używane, gdy symptomy depresyjne nie układają się w obraz zespołu depresyjnego, ale pozostają na poziomie pojedynczych objawów. Samo pojęcie depresji zostało wprowadzone przez Emila Kraeplina w XIX wieku i zastąpiło wcześniej stosowaną na stan przygnębienia i smutku melancholię.

Zachorowalność na depresję jest do trzech razy wyższa wśród kobiet. Związane jest to z czynnikami biologicznymi takimi jak wyższe stężenie monoamino oksydazy oraz zaburzenia w zakresie gospodarki hormonalnej oraz społeczno- kulturowymi takie jak odmienne role społeczne pełnione przez kobiety, krąg kulturowy oraz model związku, w którym żyją. W odniesieniu do młodzieży wśród czynników ryzyka zachorowania na depresję najczęściej wymienia się zmiany środowiska szkolnego, gospodarkę hormonalną, model przeżywania stresu i czynniki związane z radzeniem sobie w trudnych sytuacjach. Depresyjność współwystępuje ze zmianami zachodzącymi w ciele. Wiąże się to ze zwiększonym krytycyzmem w stosunku do własnego ciała u dziewcząt. Średni wiek zachorowania to około 27 rok życia. Szacuje się, że na depresję zachoruje 40% osób poniżej 20 roku życia. Obecnie najwyższe współczynniki zachorowania na depresję odnotowuje się wśród starszych nastolatków i osób po 20 roku życia.

Diagnoza depresji u młodzieży opiera się o klasyfikacje medyczne dla osób dorosłych. Pomocniczo klinicyści stosują opis depresji młodzieńczej według Antoniego Kępińskiego, który scharakteryzował zaburzenia afektywne u młodzieży według objawów choroby. Dzięki typologii depresji młodzieńczej możliwe jest wyznaczenie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego.

Rozwój depresji zależy od wielu czynników, które pojawiają się na różnych etapach życia człowieka. Oprócz czynników powodujących wzrost ryzyka wystąpienia depresji, znaczenie w rozwoju choroby ma wystąpienie tak zwanego czynnika wyzwalającego. W odniesieniu do adolescentów najczęstszymi czynnikami wyzwalającymi są stresujące wydarzenia w życiu. Ze względu na wyzwania rozwojowe stojące przed nastolatkami, do stresujących wydarzeń należy dodać także: trudności w relacjach z rówieśnikami, rodzicami lub nauczycielami, niepowodzenia w szkole, brak adekwatnego wsparcia instytucjonalnego, chorobę, nadużywanie środków psychoaktywnych, przemoc, zmianę środowiska i konflikty w rodzinie. Czynniki ryzyka należy także rozważać jako czynniki podtrzymujące występowanie choroby.



Nie istnieje biologiczna teoria powstawania depresji, która precyzyjnie wyjaśniałaby mechanizm powstawania choroby. Funkcjonowanie organizmu człowieka w reakcji na stres ma związek z pojawieniem się zaburzeń depresyjnych. Precyzyjne ustalenie tych zależności nie jest możliwe dla dzisiejszej nauki. Na powstawanie depresji mogą mieć wpływ zaburzenia funkcjonowania rytmu biologicznego szczególnie w obszarze snu i niedoboru światła słonecznego, nie ma jednak dowodów na wpływ działania żeńskich hormonów na powstawanie depresji.

W zależności od przyjętego paradygmatu mechanizm powstawania depresji jest różny. W nurcie poznawczym główny nacisk w mechanizmie powstawania depresji kładziony jest na teorię uczenia się na drodze warunkowania klasycznego, warunkowania sprawczego oraz modelowania. W podejściu psychodynamicznym uznaje się, że mechanizm powstawania depresji dotyczy każdego, gdyż towarzyszy rozwojowi człowieka. Każdy człowiek w swoim życiu przeżywa stratę ważnego obiektu (osoby, statusu itp.). Model interpersonalny łączy w sobie poniekąd oba wymienione podejścia. Podsumowując można stwierdzić, że odejście teoretyczne powstawania depresji w znacznej mierze się dopełniają. Dlatego znajomość biologicznych, indywidualnych i środowiskowych uwarunkowań depresji ma istotne znaczenie. Stanowi to punkt wyjścia do konstruowania efektywnych interwencji, programów terapeutycznych oraz oddziaływań profilaktycznych.

Leczenie depresji odbywa się dwutorowo. Jednym ze sposobów leczenia jest farmakoterapia, drugim psychoterapia. Metody te się uzupełniają i nierzadko osiągnięcie sukcesu w leczeniu zależy od zastosowania obydwu.

Farmakoterapia ma więcej zwolenników ze względu na stosunkowo szybką poprawę funkcjonowania pacjenta. W przypadkach ciężkich epizodów oraz wystąpienia objawów psychotycznych wskazuje się farmakoterapię jako podstawową procedurę leczenia. Aspekt psychologiczny leczenia farmakologicznego jest równie ważny co skład chemiczny otrzymanego leku. Otrzymanie recepty na lek, który posiada określony skład, mechanizm działania i opis skutków ubocznych wzbudza więcej zaufania niż psychoterapia. Leczenie farmakologiczne w pierwszym rzucie przynosi efekty u większości pacjentów. Co dziesiąty pacjent nie ma pozytywnych efektów po zastosowaniu farmakoterapii. Na skuteczność tej metody wpływa wypełnianie zaleceń lekarza oraz relacja terapeutyczna. Pozwala ona na zmianę stylu życia pacjenta i jest obszarem psychoedukacji. W lżejszych postaciach depresji farmakoterapia jest porównywana do psychoterapii, jeśli chodzi o wyniki leczenia.

Psychoterapia depresji jest procesem długotrwałym. Silny negatywizm i niska motywacja klientów do zmiany jest wyzwaniem dla terapeuty. W pracy psychoterapeutycznej





z depresją najczęściej stosuje się metody poznawczo- behawioralne oraz model integracyjny. Skuteczność psychoterapii została potwierdzona wieloma badaniami klinicznymi. Psychoterapia jednoznacznie ma pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne osób, które z niej korzystają. Dostarcza ona pacjentowi *katharsis*, czyli oczyszczenia, które możliwe jest dzięki uwolnionej energii psychicznej, spadkowi napięcia emocjonalnego oraz wyrażeniu i nazwaniu uczuć. Jest także okazją do poznawania siebie, powiększanie wglądu, zmianę oczekiwań dotyczących własnej skuteczności oraz poprawione doświadczenia poznawcze.

Niniejsza praca jest poszukiwaniem związków pomiędzy obrazem ciała a depresyjnością. Obraz ciała rozumiany według definicji autorstwa Alicja Głębockiej (Głębocka, 2009, s.20) *jako system przekonań i samoocen o własnym wyglądzie (aspekt poznawczy), zbudowany w oparciu o zinternalizowane wzorce mody oraz informacje płynące z otoczenia (aspekt społeczny), któremu towarzyszą specyficzne emocje (aspekt afektywny) oraz zachowania (aspekt behawioralny)*. Depresyjność rozumiana jako symptomy depresyjne nie układające się w obraz zespołu depresyjnego, ale pozostają na poziomie pojedynczych objawów w obszarach smutku, samotności, przygnębienia i płaczu.

Realizowana procedura badawcza dostarczyła danych dotyczących oceny własnego ciała i depresyjności w grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Problem badawczy został sformułowany w formie pytania: **czy i jakie powiązania zachodzą pomiędzy obrazem ciała a depresyjnością wśród młodzieży?** Podjęto próbę rozwiązania problemu badawczego w oparciu o pytania szczegółowe i na ich podstawie ustalono hipotezy.

W oparciu o analizy teoretyczne i rezultaty dotychczasowych badań postawiono hipotezę ogólną i hipotezy szczegółowe. W celu weryfikacji przeprowadzono badania, w których wzięła młodzież ucząca się w szkołach ponadgimnazjalnych na terenie miasta Tarnowa. Badaniami objęto młodzież uczęszczającą do liceum ogólnokształcącego, szkoły zawodowej oraz technikum. Przebadano wszystkich uczniów obecnych danego dnia na zajęciach szkolnych. Badana grupę tworzyło 128 osób w tym 76 kobiet i 52 mężczyzn w wieku od siedemnastego do dwudziestego roku życia.

Badania przeprowadzono przy użyciu następującego zestawu metod psychologicznych:

- Skala Depresji CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) L. E. Rodloff i E. Helmes. Wersja zmodyfikowana przez St. Tucholska;
- Skala Oceny Własnej Fizyczności (SOWF) autorstwa K. Zientkowska i St. Tucholska
- Ankieta personalna własnego autorstwa.



Uzyskane wyniki zostały opracowane za pomocą analizy korelacyjnej ( $r$  Pearsona), a także poprzez wyodrębnienie grup skrajnych i poddanie ich statystykom różnicowym (test  $t$ -Studenta). Postawione hipotezy zostały zweryfikowane pozytywnie, a otrzymane rezultaty pozwoliły na wysunięcie następujących wniosków:

- Depresyjność ma wpływ na obraz ciała i znacząco go modyfikuje.
- Młodzież ponadgimnazjalna o wysokim poziomie depresyjności cechuje się bardziej negatywnym obrazem własnego ciała. Skutkuje to mniejszym zadowoleniem z własnego ciała, uwzględniając przy tym różne jego elementy takie jak oczy czy włosy.
- Młodzi ludzie o wyższym poziomie depresyjności posiadają obniżone poczucie własnej atrakcyjności w stosunku do rówieśników. Osoby, u których poziom depresyjności jest wyższy, mają mniejsze poczucie atrakcyjności u płci przeciwnej.
- Depresyjność ujemnie wpływa na subiektywną ocenę własnej atrakcyjności wśród młodzieży. Przekłada się na mniejszą troskę o swoją kondycję fizyczną, co związane jest z niechęcią do wysiłku fizycznego i dolegliwościami somatycznymi.
- Młodzież depresyjna podejmuje mniej działań prozdrowotnych w celu utrzymania kondycji fizycznej swojego ciała w stosunku do osób zdrowych.
- Depresyjność wpływa negatywnie na troskę o wygląd zewnątrz wśród młodzieży. Przekłada się to na mniejszą uwagę skierowaną na strój i sylwetkę.
- Podkreślanie własnej atrakcyjności poprzez uwydatnianie cech wyglądu, jest większa wśród zdrowej młodzieży, a niższa dla grupy depresyjnej.

Na podstawie wykazanego związku obrazu ciała z depresyjnością w okresie adolescencji, zasadnym jest tworzenie programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży nastawionej na przeciwdziałanie depresyjności, wzmacnianie sposobów radzenia sobie ze stresem oraz radzenia sobie w trudnych sytuacjach, a także pozytywnej integracji w grupach rówieśniczych. Działania prewencyjne w tym kierunku będą owocowały wzmacnianiem czynników chroniących przed depresją. Istotnym jest także podejmowanie działań psychoedukacyjnych wśród rodziców w celu budowania pozytywnego obrazu ciała u dzieci we wczesnych etapach rozwoju.

Wykorzystane w badaniu metody wydają się być odpowiednie do badań grupowych przeprowadzanych w szkole. Czas rozwiązywania jednego testu były stosunkowo krótki. Tematyka badania była interesująca dla młodzieży, co potwierdza, że badane obszary życia



młodych ludzi są istotne dla ich okresu rozwojowego. Zastosowane narzędzia psychologiczne i ich wskaźniki psychometryczne są rzetelne i trafne.

W przyszłości badanie można by rozszerzyć na większą grupę badawczą, zwiększając przy tym udział osób zamieszkujących w dużych miastach w celu wzmocnienia reprezentatywności grupy badanej. Istotne mogłoby też być powtórzenie badań w celu uzyskania wyników do przeprowadzenia próby porównawczej. Ciekawy mógłby być także projekt badawczy przeprowadzony w trakcie innej pory roku lub w innych warunkach atmosferycznych (badania przeprowadzone były w trakcie przesilenia wiosennego, a w trakcie badania padał deszcz). W celu pogłębienia badań na temat obrazu ciała u mężczyzn i kobiet warto było by przeprowadzić badania porównawcze na tych dwóch grupach.



## BIBLIOGRAFIA

*American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* (2013). Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013 (5), s. 162- 165.

Bąk, W. (2002). *E. Tory Higginsa teoria rozbieżności ja.* *Przegląd Psychologiczny* 2002 (45), s. 39- 55.

Bereza, B. (2010). *Wpływ wskaźnika masy ciała na realny i idealny obraz siebie. Badania na populacji mężczyzn z nadwagą.* W: Brytek-Matera A. (red.) *Ciało w dobie współczesności.* Warszawa: Difin, s. 46-65.

Bilikiewicz, A., Strzyżewski, W. (1992). *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny.* Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Bomba, J. (2014). *Depresja młodzieńcza.* W: Namysłowska I. (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 299- 316.

Bordo, S. (1990). *Reading the slender body.* W: Jacobus M., Keller E. F., Shuttleworth S.(red.), *Body/Politics. Women and the Discourses Science.*

Brytek Matera, A. (2008). *Obraz ciała- obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym.* Warszawa: Difin.

Brytek- Matera, A. (2010). *(Nie)świadomość doznań płynących z ciała u osób z zaburzeniami odżywiania.* W: Brytek Matera A. (red.) *Ciało w dobie współczesności.* Warszawa: Difin, s. 68- 90.

Bucci, P. (2014). *Rozwój rozdziału ICD-11 dotyczącego zaburzeń psychicznych – aktualizacja dla członków WPA. List do redakcji.* *Psychiatria Polska* 48 (2), s.401- 405.

Czabała, J. (2013). *Czynniki leczące w psychoterapii.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

De Maat, S.M., Dekker, J., Schoevers, R.A., De Jonghe, F. (2006). *Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression. A meta-analysis,* *Psychotherapy Research*, 2006, 16 (5), s. 566 — 578.



Fagiolini, A., Kupfer, DJ. (2003). *Is treatment-resistant depression a unique subtype of depression? Biol Psychiatry*, 2003,53(8), s. 640-648.

Fromm, E. (1970). *Ucieczka od wolności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Gałązka- Sobotka, M. (2014). *Depresja- analiza kosztów ekonomicznych i społecznych*, Warszawa: Uczelnia Łazarskiego.

Głębocka, A., Kulbat, J. (2005). *Wizerunek ciała. Portret Polek*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.

Głębocka, A. (2009). *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Głębocka, A., Banach A. (2010). *Czy program jak dobrze wyglądać nago wpływa pozytywnie na jego odbiorców? Pomiar wybranych wskaźników samowiedzy w badaniach eksperymentalnych*. W: Brytek Matera A. (red.) *Ciało w dobie współczesności*. Warszawa: Difin.

Greszta, E. (2006). *Rodzinne czynniki ryzyka rozwoju depresji u dorastających*. *Psychiatria Polska*, tom XL, (4), s. 719-730.

Heitzman, J., Łoza, B. i Kosmowski, W. (2011). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych — koncepcyjne założenia ICD-11*. *Psychiatria Polska*, 45 (6), s. 941–950.

Jablow, M. (1993). *Na bakier z jedzeniem. Anoreksja, bulimia, otyłość. Poradnik dla rodziców*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Jaklewicz, H., Barańska Z., Deli D., Plich M. i Woźniak A. (2001). *Zaburzenia depresyjne u młodzieży w okresie transformacji społecznej*. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży*, 2001 (1), s. 26-37.

Janas-Kozik, M. (2009). *Depresja a depresyjność u dorastających- obraz kliniczny*. Z: [www.medforum.pl](http://www.medforum.pl), (10.11.2016).

Józefik, B. (2014). *Kultura, ciało, (nie)jedzenie, terapia. Perspektywa narracyjno-konstruktywistyczna w zaburzeniach odżywiania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.



Kejna, A., Adamowski, T., Piotrowski, P. (2015). *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP- Polska. Psychiatria Polska*, 2015 (49), s. 5-13.

Kępiński, A. (1974), *Melancholia*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Kita, A. 2016. *Depresja nastolatków*. Z: [http://stopdepresji.pl/artypul-depresja\\_nastolatkow](http://stopdepresji.pl/artypul-depresja_nastolatkow) (21.09.2016).

Kołodziejek, M. (2008). *Depresja u dzieci i młodzieży: podstawy teoretyczne, psychoterapia poznawczo- behawioralna*. *Psychoterapia*, 2008 (145), s. 15-33.

Kopaliński, Wł. (2007). *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Rytm.

Kozińska, B. (2006), *Typ przywiązania a zdrowie psychiczne*, *Psychoterapia*, 3 (138), s. 5-20.

Mandal, E., Bąk- Sosnowska, M., Zahorska- Markiewicz, B. (2008). *Ja otyłe i ja szczupłe- dwoistość „ja cielesnego” u kobiet z nadwagą*. W: Gawor A., Głębocka A. (red.) *Jakość życia współczesnego człowieka*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 37-48.

Miotk, M. (2003). *Ja cielesne w procesie komunikacji internetowej*. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2003 (8, 1-2), s. 87-110.

Mirucka, B. (2003). *Poszukiwanie znaczenia cielesności i ja cielesnego*, *Przegląd Psychologiczny*, 2003, tom 46 (2), s. 209-223.

Melosik, Z. (2006). *Kryzys męskości w kulturze współczesnej*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Melosik, Z. (2010). *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Moskalewicz, J., Kejna, A., Wojtyniak, B. (red.). (2012). *Kondycja Psychiczna Mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP- Polska”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.



Nasierowski, T. (2007). *Historia zaburzeń nastroju, Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2007 (7), s. 75-86.

Ostrowska, B. (2010). *Obraz ciała w sporcie*. W: Brytek Matera A. (red.) *Ciało w dobie współczesności*. Warszawa: Difin.

Pużyński, S. (1988). *Depresje*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Pużyński, S. (2005). *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Pużyński, S., Wciórka, J. (2007). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: UWM „Vesalius”, s. 107–116.

Radziwiłłowicz, W. *Czynniki ryzyka oraz różnorodność obrazu klinicznego depresji u dzieci i młodzieży*. Z: [www.knempiria.wordpress.com](http://www.knempiria.wordpress.com), (10.11.2016).

Rebe- Jabłoń, J. (2014). *Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży*. W: Namysłowska I. (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 363- 378.

Rybakowski, S., Pużyński, J., Wciórka. (2010). *Psychiatria*. T. 2. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, s. 305–375.

Sadock, B. J., Sadock V. A., Ruiz, P. (2015). *Synopsis od Psychiatrii Behavioral Sciences*, 2015 (11). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Scheir, K. (2005). *Bez tchu i bez słowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne

Schier, K. (2009). *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Seligman, M. (1994). *Co możesz zmienić, a czego nie możesz*. Poznań: Media Rodzina.

Shilling, Ch. (2010) *Socjologia ciała*, Warszawa; Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sikorska, I. (2010) *Ciało i zdrowie w okresie późniejszej adolescencji*. W: Brytek Matera A. (red.) *Ciało w dobie współczesności*. Warszawa: Difin.

Stupnicki, R. (2015). *Relacje wagowo-wzrostowe i stosowanie wskaźnika BMI u dzieci i młodzieży*, Zeszyty naukowe WSKFiT 2015 (10), s.41- 47.



Sztompka, P. (2007). *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków: Wydawnictwo „Znak”.

Wierziński, P. (2016), *Farmakoterapia depresji- na co zwrócić uwagę*. W: Murawiec S.,

Wierziński, P. (2016), *Depresja 2016*, Gdańsk: Via Medica, s. 83- 124.

Wierziński, P. (2016). *Historyczne tło koncepcji zaburzeń depresyjnych*. W: Murawiec S.,

Wierziński, P. (2016). *Depresja 2016*. Gdańsk: Via Medica, s. 1- 16.

Wierziński, P. (2016). *Jak często występuje depresja- czy występuje coraz częściej czy może częściej ją rozpoznajemy?* W: Murawiec S., Wierziński P. (2016). *Depresja 2016*. Gdańsk:

Via Medica, s. 17-26.

Wiśniewska, L., A. (2014) *Kobiecie ciało- kobieca psychika. Ja- cielesne a psychospołeczne funkcjonowanie młodych kobiet*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika.

Wolf, N. (2008). *Mit piękności*. W: Szpakowska M. (red.) *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 103-108.

Zielonka- Jenek, M., Chodecka, A. (2010) *Jestem dziewczynką, jestem chłopcem. Jak wspomagać rozwój seksualny dziecka*, Gdańsk: Gdańskie wydawnictwo Psychologiczne.





## SPIS TABEL

Tabela 1.3.1.	Zakresy wartości BMI	18
Tabela 1.3.2.	Pożądane BMI na przestrzeni wieków w europejskiej kulturze	20
Tabela 2.2.1.	Główne modele depresji	38
Tabela 3.3.1.	Liczbowy i procentowy rozkład płci grupy badawczej	76
Tabela 3.3.2.	Liczbowy i procentowy rozkład wieku grupy badawczej	76
Tabela 3.3.3.	Liczbowy i procentowy rozkład klas, do których uczęszczali badani	77
Tabela 3.3.4.	Liczbowy i procentowy rozkład miejsca zamieszkania badanych	77
Tabela 3.3.5.	Liczbowy i procentowy rozkład struktury rodziny osób badanych	77
Tabela 3.3.6.	Liczbowy i procentowy rozkład liczby rodzeństwa grupy badanej	78
Tabela 3.3.7.	Liczbowy i procentowy rozkład warunków materialnych rodziny według badanych	78
Tabela 3.3.8.	Liczbowy i procentowy rozkład relacji z rodzicami zdaniem badanych	79
Tabela 3.3.9.	Liczbowy i procentowy rozkład sposobu spędzania wolnego czasu przez badanych	79
Tabela 3.3.10.	Liczbowy i procentowy rozkład subiektywnego poczucia utrat w ciągu ostatnich 6 miesięcy wśród badanych	80
Tabela 3.3.11.	Liczbowy i procentowy rozkład wskaźnika BMI wśród badanych	80
Tabela 3.3.12.	Liczbowy i procentowy rozkład osób odchudzających się w trakcie życia	81
Tabela 4.1.1.	Wskaźniki korelacji r- Pearsona pomiędzy wynikami testu Skala Oceny Własnej Fizyczności a wynikami testu Centrum Badania Epidemiologii Depresji (CES-D) w grupie młodzieży ponadgimnazjalnej (N= 128).	84
Tabela 4.2.1.	Procentowy rozkład wyników w skali ogólnej depresyjności (DEP WO) dla całej grupy badanej	88
Tabela 4.2.2.	Statystyki opisowe grup skrajnych dla wyniku ogólnego depresyjności: DEP WO.	89
Tabela 4.2.3.	Liczebność grup skrajnych	89
Tabela 4.2.4.	Średnie wyniki w skalach CES-D w grupach o wysokim i niskim poziomie depresyjności	90



Tabela 4.2.5.	Średnie wyniki w skalach SOWF w grupach o wysokiej i niskiej depresyjności	91
Tabela 5.1.1.	Procentowy rozkład liczebności grup o różnym typie depresyjności	94
Tabela 5.1.2.	Porównanie wyników średnich uzyskanych przez młodzież ponadgimnazjalną o różnym typie depresyjności w Skali Depresji CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) L. E. Rodloff i E. Helmes. Wersja zmodyfikowana przez St. Tucholska	95
Tabela 5.2.1.	Analiza powiązań pomiędzy depresyjnością (Skala Depresji CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) L. E. Rodloff i E. Helmes. Wersja zmodyfikowana przez St. Tucholska) oraz obrazem ciała (Skala Oceny Własnej Fizyczności autorstwa K. Ziętkowska i St Tucholska)	98



## SPIS WYKRESÓW

Wykres 4.2.1.	Graficzny rozkład wyników skali ogólnej depresyjności dla całej grupy badanej	88
Wykres 4.2.2.	Porównanie średnich wyników uzyskanych w teście SOWF w grupie o niskiej i wysokiej depresyjności	92
Wykres 5.1.1.	Konfiguracja wyników w czynnikach Skali Depresji CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) L. E. Rodloff i E. Helmes. Wersja zmodyfikowana przez St. Tucholska uzyskanych przez młodzież o różnym typie depresyjności.	95
Wykres 5.2.1	Obraz ciała u badanej młodzieży ponadgimnazjalnej o różnych typach depresyjności	99

