

Szymon Chrząstowski

**SPOSÓB ODCZUWANIA WŁASNEGO CIAŁA  
PRZEZ OSOBY Z ROZPOZNANIEM SCHIZOFRENII,  
DEPRESJI I ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI<sup>1</sup>**

**THE PATHOLOGY OF BODY EXPERIENCE IN PATIENTS WITH SCHIZOPRENIA,  
DEPRESSION AND PERSONALITY DISORDERS**

Katedra Psychologii Klinicznej, Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego  
Kierownik katedry: prof. dr hab. Marina Zalewska

**body experience  
schizophrenia  
depression  
personality disorders**

Artykuł prezentuje wyniki badań nad zaburzeniami sposobu odczuwania własnego ciała u osób z rozpoznaniem schizofrenii, depresji oraz osób z zaburzeniami osobowości. Wyróżniono trzy kategorie sposobu doświadczania ciała: utożsamienie się z ciałem, rodzaj odczuć cielesnych, witalność. Do pomiaru sposobu odczuwania ciała skonstruowano oryginalne narzędzia. Przewidywania dotyczące wyróżnionych zmiennych sformułowano na podstawie wybranych koncepcji psychoterapeutycznych: koncepcji Lainga, Gestalt, bioenergetyki Lowena. Badania potwierdziły, że zmiany w zakresie wyróżnionych sposobów odczuwania własnego ciała wiążą się z występowaniem zaburzeń psychicznych.

**Summary:** In this study, the pathology of body experience in patients with schizophrenia, depression and personality disorders was examined. Three categories of body experience were distinguished: identification with the body, the type of the body sensation, and vitality. The manner of the body experience was assessed by the original instruments. The predictions of the values of distinguished variables were based on the following selected approaches in psychotherapy: the Laing approach, the Gestalt therapy and the Lowen's bioenergetics. The findings confirm that the body-related pathology could be attributed to mental problems.

### **Wstęp**

Problematyka cielesności podejmowana jest zarówno w różnych koncepcjach psychopatologicznych, jak i w praktyce psychoterapeutycznej. Zazwyczaj doniesienia o zmianach sposobu odczuwania własnego ciała podnoszą problem, w jakim stopniu są one specyficzne dla pacjentów z określonym rozpoznaniem psychiatrycznym. Większość prac dotyczących omawianej tematyki poświęcona jest osobom z zaburzeniami jedzenia [1-5], zaburzeniami dysmorfofobicznymi [6], ewentualnie somatoformicznymi [7,8].

---

<sup>1</sup> Autor dziękuje pani dr hab. Barbarze Tryjarskiej i dr Katarzynie Schier za pomoc w przygotowaniu artykułu

Celem niniejszych badań jest sprawdzenie, czy występowanie zaburzeń psychicznych wiąże się ze specyficznymi zmianami sposobu odczuwania własnego ciała u osób z rozpoznaniem schizofrenii, depresji i zaburzeń osobowości. W pracach poświęconych pacjentom z tego rodzaju rozpoznaniem uwzględniane są zwykle takie kategorie zaburzeń doświadczania własnego ciała, jak: skargi somatyczne, urojenia związane z ciałem, zmiany dotyczące odczuwania granic ciała.

Pacjenci depresyjni skarżą się między innymi na bóle towarzyszące stosunkowi seksualnemu i miesiączkowaniu, bóle głowy, pleców, brzucha, serca. Skargi somatyczne szczególnie często zgłaszają osoby w podeszłym wieku oraz mające trudności z opisem własnych przeżyć. Wyodrębniono tzw. zespół objawów somatycznych w przebiegu depresji [9] i zaczęto mówić o depresji maskowanej na oznaczenie takiej postaci tej choroby, w której w obrazie klinicznym dominują objawy somatyczne [10]. Pużyński [11] uważa, że występowanie depresji maskowanej jest od dwóch do trzech razy częstsze od depresji o typowym przebiegu. Wyniki badań wskazują również, że osoby cierpiące z powodu depresji częściej odwiedzają lekarzy internistów, a także częściej poddają się badaniom lekarskim niż reszta populacji (w tym osoby chore somatycznie) [12]. Osoby z depresją i zaburzeniami lękowymi w porównaniu z osobami zdrowymi są też mniej zadowolone z własnego ciała. Zaburzenia sposobu odczuwania własnego ciała narastają wraz z nasileniem się objawów psychopatologicznych [13].

W przypadku osób ze schizofrenią zaburzenia w sposobie odczuwania własnego ciała również mogą przejawiać się skargami somatycznymi, które jednak nabierają urojeniowego charakteru w postaci cenestezji i dysmorfofobii. Cenestezje to rodzaj halucynacji dotyczący fałszywych doznań płynących z ciała, a dysmorfofobie to fałszywe przekonania o rozwoju zmian kształtu lub wielkości w określonym odcinku ciała lub przekonanie o wydzielaniu jakiegoś przykrego zapachu [14]. Charakterystycznym zwiastunem dysmorfofobii jest częste przeglądanie się w lustrze. Przejściowe wątpliwości dotyczące wyglądu pojawiają się także u młodzieży w okresie dorastania, a także u osób z zaburzeniami nerwicowymi oraz u osób z depresją. Chapmanowie i Raulin [15] są autorami kwestionariusza Body Image Abberation Scale służącego do pomiaru nasilenia urojeń związanych z ciałem.

Kępiński [16], opisując swoistość skarg hipochondrycznych w zależności od zespołów, w których występują, zwrócił uwagę, że o ile w nerwicach są one dość prawdopodobne i przyjmują postać popularnych chorób, o tyle w schizofrenii nabierają niezwykłych cech, stają się dziwaczne. Chorzy tworzą własne koncepcje anatomiczne i fizjologiczne. Niektórzy współcześni badacze postulują wręcz wyodrębnienie typu schizofrenii, w której głównym objawem są zaburzenia obrazu własnego ciała [17]. Pomysł ten znany był już w psychiatrii polskiej za sprawą Bronsztajna [18], który wydzielił odrębną, hipochondryczną postać schizofrenii, określając ją jako somatopsychiczną. W tym rodzaju psychozy urojenia dotyczące własnego ciała dominują nad innymi objawami [19].

Badania nad sposobami odczuwania ciała w schizofrenii wskazują, że pacjentów z tą psychozą, w porównaniu z grupami kontrolnymi, charakteryzuje: spowolnienie ruchów, poczucie braku siły, niska witalność, poczucie kruchości, nieodpowiednie ocenianie rozmiarów własnego ciała, poczucie utraty jego granic [20, 21, 17]. Ocenia się, że zaburzenia obrazu własnego ciała występują u 15 do 31 proc. pacjentów ze schizofrenią, natomiast urojeń i halucynacji związanych z ciałem u 30 do 74 proc. [20, 21]. Zaburzenia te wystę-

pują głównie w ostrej fazie choroby, niektóre jednak, jak np. nieodpowiednie ocenianie rozmiarów swojego ciała, są względnie trwałe.

Badania nad granicami ciała zostały zapoczątkowane przez Fishera i Clevelanda [22]. Stwierdzili oni, że ludzie różnią się pod względem sposobu odczuwania granic swojego ciała. Człowiek może odczuwać swoje ciało jako wyraźnie oddzielone od świata zewnętrznego lub też mieć poczucie mglistych granic czy wręcz stapiania się z otoczeniem. Fisher i Cleveland [22] zaproponowali oryginalną technikę badawczą do mierzenia poczucia granic ciała. Skonstruowali ją na podstawie testu plam atramentowych Rorschacha. Przyjęli, że skojarzenia w tym teście odzwierciedlają poczucie granic własnego ciała. Kontynuatorami ich badań byli między innymi Vinck i Pierloot [23], Quinlan i Harrow [24], a w Polsce Szostak [25]. Wyniki tych badań wskazywały, że w różnych typach zaburzeń psychicznych (nie tylko w schizofrenii) może dojść do zmian w zakresie poczucia granic własnego ciała.

Najczęściej wymienianym w literaturze mechanizmem wyjaśniającym zaburzenia w sposobie odczuwania własnego ciała jest somatyzacja. Krystal [za: 26] twierdzi, że rozwój afektu prowadzi u każdego człowieka zarówno do większego różnicowania emocji, jak i do nabywania umiejętności ich werbalizacji, czyli do zjawiska desomatyzacji stanów psychicznych. Szczególnie osoby mające trudności z wyrażeniem emocji w trudnych sytuacjach życiowych swoje odczucia ujawniają w postaci skarg somatycznych [27]. Zaburzenia doświadczania własnego ciała mogą mieć źródło w niepowodzeniu desomatyzacji lub też resomatyzacji procesów psychicznych, będącej wyrazem regresji [26]. De Barbaro [27] uważa, że somatyzacji sprzyja nasza kultura, w której panuje przekonanie, iż człowiek odpowiada za swoje emocje, nie ma natomiast wpływu na dolegliwości somatyczne. Transformacja lęku w skargi somatyczne uwalnia pacjenta od odpowiedzialności za zaistniałą sytuację i przynosi mu ulgę.

Obok skarg somatycznych, urojeń związanych z ciałem czy zaburzeń odczuwania granic własnego ciała, w różnych koncepcjach psychoterapeutycznych zwraca się uwagę na jeszcze inne, bardziej specyficzne kategorie doświadczeń cielesnych, które są przedmiotem analizy w niniejszym badaniu. Należą do nich: 1) utożsamianie się z ciałem, 2) rodzaj doświadczanych odczuć cielesnych, 3) witalność. Kategorie te służą do opisu doświadczeń cielesnych osób zarówno z zaburzeniami psychicznymi, jak i zdrowych, co pozwala na porównanie tych grup pod względem zmian w zakresie typowych sposobów odczuwania własnego ciała.

**Utożsamianie się z ciałem** to wymiar, który opisuje stopień, w jakim dana osoba identyfikuje się z własnym ciałem, tzn. ocenia, że doznania płynące z własnego ciała są zarazem jej własnymi doświadczeniami. Koncepcja utożsamiania się z własnym ciałem została zaczerpnięta z dwóch podejść psychoterapeutycznych: koncepcji Lainga [28, 29] oraz nurtu psychoterapii Gestalt [30]. W ciele odczuwane są różne emocje. Kiedy są one bolesne, niosą cierpienie albo nie są akceptowane społecznie, człowiek przestaje się z nimi identyfikować. Laing [28, 29] uważał, że z Ja łączy się nierozdzielnie doświadczanie własnej cielesności, chociaż nie jest z nim tożsame. Ciało pozostając w kontakcie z rzeczywistością może być źródłem poczucia bezpieczeństwa albo bólu, cierpienia, zagrożenia. W tym drugim wypadku osoba może przestać się utożsamiać z doznaniem płynącym z własnego ciała, broniąc się przed trudnym dla niej doświadczeniem. Laing [28] pisze o Ja wcielonym i Ja nie wcielonym. Człowiek mający Ja wcielone pozostaje w dobrym

kontakcie z własnym ciałem i poprzez nie z rzeczywistością. Ludzie, u których Ja pozostaje nie wcielone, zamykają się we własnym świecie, próbując w ten sposób osiągnąć poczucie bezpieczeństwa. W koncepcji Lainga osoba ze schizofrenią nie tylko neguje doznania płynące z własnego ciała (jak to się dzieje według Gestaltu), ale jednocześnie zaprzecza samemu faktowi doświadczania („To nie ja doświadczam, tylko moje ciało”). Człowiek z Ja nie wcielonym jest osobą, której podstawowym doświadczeniem jest cierpienie. Gestaltysty spostrzegają natomiast utożsamianie się jako bardziej dynamiczny proces — piszą o różnych stopniach utożsamiania się. Zbyt duże lub zbyt małe utożsamienie może się wiązać według nich z różnymi problemami w funkcjonowaniu psychicznym.

Objawy somatyczne w przebiegu zaburzeń psychicznych interpretuje się w niektórych podejściach psychoterapeutycznych jako manifestację na poziomie cielesnym nieświadomych procesów psychicznych. Dopóki człowiek nie utożsamia się ze swoimi objawami, dopóty nie mogą być one poddawane świadomej analizie. Analiza objawów związana jest z przyjęciem do świadomości wypieranych treści. Treści te mogą być jednak na tyle zagrażające dla jednostki, że pozostają przez nią nieświadomione, a zatem brak identyfikacji z ciałem pomaga w utrzymaniu zagrażających treści w nieświadomości.

W związku z tym pierwsza hipoteza mówi, że:

1. Osoby z zaburzeniami psychicznymi w mniejszym stopniu utożsamiają się z własnym ciałem niż osoby bez tych zaburzeń.

Kolejną wyróżnioną w badaniu kategorią odczuć cielesnych jest ich rodzaj. **Rodzaj odczuć** definiuje się jako subiektywną ocenę doznań płynących z ciała — odbieranych jako przyjemne lub przykre. Jest to bardzo upraszczające rozróżnienie, ale odwołuje się do powszechnego sposobu opisu tych doznań.

Zgodnie z koncepcjami zarówno Lowena [31, 32], jak i Gestaltu [30, 33] ciało osoby z zaburzeniami psychicznymi kryje w sobie szczególnie dużo napięć. Nie tylko bodźce płynące z otoczenia, ale i impulsy pochodzące z wnętrza własnego organizmu, np. seksualne, mogą być odczytywane przez osoby z psychozą jako zagrażające. Bodźce te kumulują się w organizmie pod postacią napięć. Powoduje to blokowanie swobodnego przepływu energii w ciele, co odczuwane jest jako nieprzyjemne.

Druga hipoteza głosi, że:

2. Osoby z zaburzeniami psychicznymi oceniają doznania płynące ze swojego ciała jako bardziej przykre lub obojętne w porównaniu z osobami bez tych zaburzeń.

Ostatnią z badanych zmiennych jest **witalność**. Zdefiniowano ją jako subiektywnie postrzeganą ilość energii w ciele. Doznania płynące z ciała mogą powodować, że człowiek ma wrażenie dużego poziomu energii lub przeciwnie — poczucie braku energii. Lowen [31, 32, 34] twierdził, że gwarancją prawidłowego funkcjonowania człowieka jest swobodny przepływ energii. Obniżenie poziomu witalności wiąże się z występowaniem różnego rodzaju zaburzeń psychicznych. U osób depresyjnych spadek ten manifestuje się między innymi zaburzeniami napędu psychoruchowego [11, 9]. Również w schizofrenii występują zaburzenia napędu, mogące wiązać się z poziomem witalności [35]. O ile jednak zaburzenia napędu w depresji mają bardziej jednolity i stały charakter, o tyle w przypadku schizofrenii zmieniają się w zależności od rodzaju psychozy i fazy jej przebiegu [16]. W początkowym etapie psychozy napęd psychoruchowy może być podwyższony, by stopniowo słabnąć w dalszych okresach choroby, kiedy zaczynają dominować objawy

negatywne. Wydaje się również, że spadek witalności u osób ze schizofrenią można także wiązać z przyjmowaniem niektórych leków psychotropowych.

Trzecia hipoteza mówi zatem, że:

3. Witalność osób z zaburzeniami psychicznymi jest mniejsza w porównaniu z osobami bez tych zaburzeń.

### Osoby badane

W badaniu porównywano cztery grupy: 1 — osoby z rozpoznaniem schizofrenii lub zespołu schizofrenicznego ( $n=35$ ), 2 — osoby z rozpoznaniem epizodu depresyjnego lub nawracających zaburzeń depresyjnych o różnym nasileniu ( $n=31$ ), 3 — osoby z diagnozą zaburzeń osobowości ( $n=32$ ), 4 — osoby, które nigdy nie korzystały z pomocy lekarza psychiatry ( $n=32$ ). Selekcji badanych w trzech pierwszych grupach dokonywali lekarze oraz psycholodzy kliniczni na podstawie diagnoz według klasyfikacji ICD-10. Osoby z rozpoznaniem schizofrenii były pacjentami Oddziału Dziennego Rehabilitacji Psychiatrycznej w Warszawie przy ulicy Felińskiego oraz oddziałów całodobowych szpitali psychiatrycznych w Choroszczy i Gostyninie. Osoby z depresją kwalifikowane do badania były pacjentami szpitali w Komorowie pod Warszawą oraz Oddziału Chorób Afektywnych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, a także oddziału dziennego tejże placówki. Grupa osób z zaburzeniami osobowości składała się z pacjentów hospitalizowanych w szpitalu w Komorowie, a także w Klinice Nerwic IPIN oraz z pacjentów ambulatoryjnych korzystających z pomocy Akademickiego Ośrodka Psychoterapii w Warszawie oraz Poradni Zdrowia Psychicznego dla Studentów w Warszawie.

We wszystkich grupach mierzono nasilenie objawów psychopatologicznych w celu sprawdzenia, czy zostały one prawidłowo wyodrębnione. Zastosowano w tym celu skalę SCL-90 diagnozującą zachowania, które mogą być objawami psychiatrycznymi. Niestety, nie ma szczegółowych danych na temat rzetelności i trafności ani norm polskiej adaptacji tego narzędzia. Zaletą SCL-90 jest jednak to, że obejmuje on szeroki wachlarz objawów psychopatologicznych i jego wypełnianie nie zajmuje dużo czasu. Uznano zatem, że pomimo swoich ograniczeń SCL-90 nadaje się do podstawowych porównań międzygrupowych.

Osoby bez zaburzeń charakteryzowały się najniższym nasileniem objawów psychopatologicznych mierzonych za pomocą SCL-90 w porównaniu z pacjentami ze schizofrenią ( $F=41,987$ ,  $p<0,00$ ), osobami z depresją ( $F=76,55$ ;  $p<0,00$ ) i osobami z zaburzeniami osobowości ( $F=37,06$ ;  $p<0,00$ ). Udział kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach był wyrównany ( $\text{Chi}^2=0,971$ ;  $p=0,808$ ). Średnia wieku wynosiła: w grupie osób ze schizofrenią 34,4, osób z rozpoznaniem depresji 36,7, z zaburzeniami osobowości 30,0, osób bez zaburzeń 32,8 roku. Badane grupy nie były w pełni zrównoważone pod względem wieku. Postanowiono sprawdzić, czy wiek korelował ze zmiennymi dotyczącymi doświadczenia własnego ciała i globalnym nasileniem objawów psychopatologicznych w poszczególnych grupach. Jedynie w grupie osób depresyjnych wiek znacząco korelował z witalnością ( $r = -0,431$ ;  $p = 0,01$ ), co oznacza, że wraz ze wzrostem wieku pacjentów z depresją zmniejszała się ich witalność.

Odnutowywano dodatkowo, czy dana osoba deklaruje, że w dniu badania jest chora somatycznie oraz czy w przeszłości cierpiała na poważne choroby somatyczne. Obu zmiennych nie brano jednak pod uwagę w dalszych analizach, ponieważ jedynie 7 proc.

wszystkich respondentów deklarowało, że są chorzy somatycznie w trakcie trwania badania lub że w przeszłości cierpieli na poważne choroby.

### Metoda

Ze względu na brak odpowiednich narzędzi do oceny wybranych aspektów odczuwania własnego ciała stworzone zostały oryginalne kwestionariusze.

Do pomiaru stopnia utożsamiania się z własnym ciałem skonstruowano kwestionariusz UZC. Pozycje do kwestionariusza zostały stworzone na podstawie teoretycznych rozważań Lainga [28, 29] dotyczących Ja wcielonego i Ja nie wcielonego. Laing wymienił cechy osób utożsamiających się z własnym ciałem takie, jak: poczucie istnienia wewnątrz własnego ciała, poczucie, że ciało żyje, jest żywe, materialne, poczucie bycia swoim ciałem, dostrzeganie i doświadczanie ewentualnych niebezpieczeństw zagrażających ciału itp. oraz cechy osób nie utożsamiających się z ciałem: poczucie oderwania od fizycznej rzeczywistości, odczuwanie siebie jako wyłącznie byt duchowy, traktowanie własnego ciała jako oddzielnego od Ja, czegoś fałszywego, poczucie, że własne działania nie są pod kontrolą Ja. Posiadanie lub brak tych cech badano za pomocą kwestionariusza UZC. Przykładowe pozycje z kwestionariusza brzmiały: „Moje ciało jest mi obce”, „Jest mi obojętne, czy czuję głód”, „Mam poczucie, że moje ciało nie należy do mnie”.

Początkowo utworzono 79 pozycji, których trafność teoretyczną oceniało 10 sędziów kompetentnych. Dalszym krokiem było przeprowadzenie badań pilotażowych w grupie 118 osób w celu określenia rzetelności narzędzia. Z kwestionariusza wycofano te pozycje, które 1) odrzucili sędziowie kompetentni, 2) ujemnie lub bardzo nisko korelowały z pozostałymi pozycjami oraz 3) w stosunku do których badani twierdzili, że nie rozumieją ich treści. W rezultacie tych zabiegów uzyskano kwestionariusz liczący 20 pozycji dotyczących stosunku do własnego ciała, relacji pomiędzy ciałem a Ja badanego oraz specyficznych doznań cielesnych. Rzetelność UZC wyniosła 0,70 (alfa Cronbacha), natomiast rzetelność międzypołówkowa 0,64 (Spearmana-Browna).

W kwestionariuszu UZC badany miał zaznaczyć na czterostopniowej skali, jak często ma myśli lub odczucia podobne do opisanych w kwestionariuszu. Każdej z odpowiedzi przypisana była odpowiednia wartość liczbowa. Za wskaźnik stopnia utożsamiania się z własnym ciałem przyjęto punktowy wynik uzyskany w kwestionariuszu UZC. Wskaźnik ten mógł przybierać wartość od 0 (brak utożsamiania się z ciałem) do 60 (całkowite utożsamianie się z ciałem).

Rodzaj odczuć płynących z własnego ciała badano za pomocą kwestionariusza Mapa Ciała liczącego 11 pozycji. U jego podstaw legło założenie zaczerpnięte z bioenergetyki i Gestalt, mówiące, że szczególnie w ciele osób z zaburzeniami psychicznymi tworzą się napięcia odczuwane zwykle jako nieprzyjemne. Każda pozycja Mapy Ciała zawierała pytanie o rodzaj doznań płynących z innej części własnego ciała. Badani zaznaczali na 10-stopniowej skali (od -5 do +5), czy odczucia płynące z danej części własnego ciała są przyjemne czy przykre. Wskaźnikiem jakości odczuć pochodzących z własnego ciała była łączna liczba punktów uzyskana w kwestionariuszu Mapa Ciała. Wskaźnik ten zawierał się w przedziale od -55 (co oznaczało ocenę odczuć jako bardzo przykrych) do +55 (odczucia bardzo przyjemne).

Do pomiaru stopnia witalności stworzono kwestionariusz Obraz Ciała. Wykorzystano

w nim wyniki ankiety, w której 25 osób zostało poproszonych o podanie wszystkich określeń, jakie mogą sobie przypomnieć, za pomocą których ludzie opisują doznania płynące z własnego ciała. W sumie uzyskano listę 50 określeń. Pogrupowano je w pary antonimów, a następnie wybrano te, które najczęściej się powtarzały. Tą drogą uzyskano 13 par określeń i na ich bazie stworzono kwestionariusz Obraz Ciała zawierający 13 pozycji. Każda z pozycji kwestionariusza obejmowała inny rodzaj odczuć cielesnych lub sposób opisu własnego ciała. W celu sprawdzenia, czy istnieje wspólny czynnik, za pomocą którego można opisać różnego rodzaju doznania cielesne, posłużono się analizą czynnikową. W badaniach pilotażowych kwestionariusz przedłożono 181 respondentom. Wyodrębniono jeden znaczący czynnik, który został nazwany witalnością. Jego ładunek wyniósł 3,93, a procent zmienności wspólnej 30,2. W skład tego czynnika weszło 8 pozycji takich, jak np.: „Moje ciało jest: a) bardzo silne, b) silne, c) raczej silne, d) trudno powiedzieć, e) raczej słabe, f) słabe, g) bardzo słabe” lub „Moje ciało zwykle jest: a) bardzo obolałe, b) obolałe, c) raczej obolałe, d) trudno powiedzieć, e) czuję się raczej dobrze, f) czuję się dobrze, g) czuję się bardzo dobrze”. Każdej z odpowiedzi przypisana była pewna wartość liczbową. Wskaźnik witalności stanowił łączną liczbę punktów uzyskanych w kwestionariuszu Obraz Ciała. Wskaźnik ten mieścił się w granicach od 0 do 48 punktów. Wyższa liczba punktów świadczyła o wyższym poziomie witalności.

### Wyniki badań

Pierwsza z hipotez przewidywała, że osoby z zaburzeniami psychicznymi w mniejszym stopniu utożsamiają się z własnym ciałem niż osoby bez tych zaburzeń. Hipotezę weryfikowano za pomocą analizy wariancji. Metoda ta wykazała, że badane grupy różniły się między sobą pod względem stopnia utożsamiania się z ciałem ( $F=13,968$ ;  $p<0,000$ ). W tabeli 1 znajduje się porównanie wskaźników utożsamiania się z ciałem.

Za pomocą testu F wskazano grupy, między którymi występowały istotne statystycznie różnice w zakresie poziomu utożsamiania się ze swoim ciałem. Wyższy poziom utożsamiania charakteryzował osoby bez zaburzeń, w porównaniu z osobami z rozpoznaniem

Tabela 1

Porównanie wskaźników stopnia utożsamiania się z własnym ciałem

Grupa Zmienna	Osoby ze schizofreni <sup>1</sup>		Osoby z depresj <sup>1</sup>		Osoby z zaburzeniami osobowości		Osoby bez zaburzeń		F	p
	i	SD	i	SD	i	SD	i	SD		
n	n=35		n=31		n=32		n=31			
Utożsamianie się	42,14	6,61	39,32	8,27	44,44	6,38	50,35	6,67	13,96	0,000

schizofrenii ( $F=25,148$ ;  $p<0,000$ ), depresji ( $F=33,441$ ;  $p<0,000$ ) i zaburzeniami osobowości ( $F=12,951$ ;  $p=0,001$ ). Te ostatnie charakteryzowały się wyższym stopniem utożsamiania się, w porównaniu z osobami depresyjnymi ( $F=7,581$ ;  $p=0,008$ ).

Sprawdzono siłę związku między utożsamieniem się a pozostałymi dwiema wyróżnio-

nymi kategoriami doświadczeń cielesnych oraz wskaźnikiem nasilenia objawów psychopatologicznych. W tym celu obliczano współczynnik korelacji prostej Pearsona.

Wśród osób ze schizofrenią utożsamianie się z własnym ciałem było dodatnio skorelowane z witalnością ( $r=0,336$ ;  $p=0,049$ ), co oznacza, że większe utożsamienie się z ciałem u osób z rozpoznaniem schizofrenii wiązało się z większym stopniem witalności. Natomiast u osób depresyjnych występowała dodatnia korelacja między utożsamieniem się a rodzajem odczuć cielesnych ( $r=0,45$ ;  $p=0,011$ ) oraz witalnością ( $r=0,417$ ;  $p=0,019$ ). Wynika z tego, że osoby depresyjne bardziej utożsamiające się ze swoim ciałem zarazem oceniały doznania z własnego ciała jako bardziej przyjemne oraz charakteryzowały się większym poziomem witalności. W przypadku osób depresyjnych większemu nasileniu objawów psychopatologicznych towarzyszył mniejszy poziom utożsamienia się z własnym ciałem ( $r=-0,437$ ;  $p=0,007$ ). W innych grupach nie wykryto takiej zależności.

Druga hipoteza mówiła o tym, że osoby z zaburzeniami psychicznymi oceniają doznania płynące ze swojego ciała jako bardziej przykre lub obojętne w porównaniu z osobami bez tych zaburzeń. Rodzaj odczuć cielesnych opisano na kontinuum, którego krańce z jednej strony tworzyły odczucia bardzo przyjemne, a z drugiej — bardzo przykre. Hipotezę weryfikowano za pomocą analizy wariancji. Metoda ta wykazała, że grupy badane różniły się między sobą rodzajem odczuć pochodzących z ciała ( $F=8,718$ ;  $p<0,000$ ). Tabela 2 zawiera porównanie wskaźników rodzaju odczuć cielesnych między badanymi grupami.

Wartość ujemna średniej wskaźnika odczuć cielesnych oznacza, że w danej grupie przeważają odczucia negatywne.

Za pomocą testu F wskazano grupy badanych, między którymi występowały istotne

Tabela 2

Porównanie rodzaju odczuć cielesnych między badanymi grupami

Grupa Zmienna	Osoby ze schizofreni*		Osoby z depresją		Osoby z zaburzeniami osobowości		Osoby bez zaburzeń		F	p
	I	SD	I	SD	I	SD	I	SD		
N	n=35		n=31		n=32		n=32			
Witalność	0,28	1,50	-0,64	1,88	-0,17	1,88	1,43	1,66	8,718	0,000

statystycznie różnice w zakresie rodzaju odczuć. Osoby bez zaburzeń oceniały odczucia płynące ze swojego ciała jako bardziej przyjemne w porównaniu z pacjentami z rozpoznaniem schizofrenii ( $F=10,749$ ;  $p<0,002$ ), z depresją ( $F=22,392$ ;  $p<0,000$ ) oraz pacjentami z zaburzeniami osobowości ( $F=15,274$ ;  $p<0,000$ ). Na poziomie tendencji statystycznej doznania płynące z ciała były oceniane jako przyjemniejsze przez pacjentów ze schizofrenią aniżeli przez pacjentów z depresją ( $F=3,821$ ;  $p<0,055$ ).

W grupie osób ze schizofrenią rodzaj odczuć cielesnych był dodatnio skorelowany z witalnością ( $r=0,351$ ;  $p=0,039$ ), a zatem pacjenci ze schizofrenią oceniający odczucia płynące z ciała jako przyjemniejsze charakteryzowali się zarazem wyższą witalnością. W przypadku osób z depresją rodzaj odczuć cielesnych był dodatnio skorelowany z poziomem utożsamienia się z własnym ciałem (związek opisano wcześniej) i witalnością



( $r=0,505$ ;  $p=0,004$ ). Oznacza to, że w grupie pacjentów depresyjnych odczucia płynące z ciała oceniane były jako tym bardziej nieprzyjemne, im słabsze było utożsamianie się z własnym ciałem oraz niższa witalność. Wyniki badania pokazały również, że w tej grupie osób ocenie odczuć płynących z ciała jako bardziej przykrych towarzyszyło większe nasilenie objawów psychopatologicznych mierzonych za pomocą SCL-90. Ogólny wskaźnik nasilenia psychopatologii był ujemnie skorelowany z rodzajem odczuć cielesnych na poziomie  $r=-0,552$  przy  $p=0,003$ . W przypadku osób zdrowych występowała dodatnia korelacja między rodzajem odczuć a poziomem witalności ( $r=0,395$ ;  $p=0,025$ ), co oznacza, że odczucia oceniane były jako tym bardziej przyjemne, im większa była witalność.

Ostatnia hipoteza, którą weryfikowano za pomocą analizy wariancji, dotyczyła tego, że witalność osób z zaburzeniami psychicznymi jest mniejsza w porównaniu z osobami bez tych zaburzeń. Wykazano, że poszczególne grupy różnią się między sobą poziomem witalności ( $F=20,844$ ;  $p=0,000$ ). Tabela 3 zawiera porównanie wskaźników stopnia witalności między badanymi grupami.

Wyższy poziom witalności występował u osób bez zaburzeń, w porównaniu z osobami ze schizofrenią ( $F=36,594$ ;  $p<0,000$ ), z depresją ( $F=60,708$ ;  $p<0,000$ ), z zaburzeniami osobowości ( $F=22,383$ ;  $p<0,000$ ). Niższy stopień witalności charakteryzował osoby z de-

Tabela 3

Porównanie wskaźników stopnia witalności między badanymi grupami

Grupa Zmienna	osoby ze schizofrenią		osoby z depresją		osoby z zaburzeniami osobowości		osoby bez zaburzeń		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
n	n=35		n=32		n=32		n=32			
Witalność	24,57	6,03	20,68	31,00	25,50	74,1	33,47	5,99	20,84	0,000

presją, w porównaniu z pacjentami ze schizofrenią ( $F=5,884$ ;  $p=0,018$ ) oraz z osobami z zaburzeniami osobowości ( $F=7,036$ ;  $p=0,01$ ).

Pacjenci psychotyczni z wyższym poziomem witalności odczuwali zarazem bardziej przyjemne odczucia, a także w większym stopniu utożsamiali się ze swoim ciałem (związki opisano we wcześniejszym fragmencie artykułu). Niższej witalności osób z rozpoznaniem depresji towarzyszyło odczuwanie bardziej przykrych doznań cielesnych płynących z wnętrza ciała i mniejszy stopień utożsamienia się z własnym ciałem.

W grupie badanych ze schizofrenią ( $r=-0,560$ ;  $p<0,000$ ), depresją ( $r=-0,746$ ;  $p<0,000$ ) oraz osób bez zaburzeń ( $r=-0,422$ ;  $p=0,02$ ) witalność była ujemnie skorelowana z ogólnym wskaźnikiem nasilenia objawów psychopatologicznych mierzonych za pomocą SCL-90. Oznacza to, że wśród osób ze schizofrenią, depresją, a także bez stwierdzonych zaburzeń psychicznych większemu nasileniu objawów psychopatologicznych towarzyszyła mniejsza witalność.

### Dyskusja

Wszystkie trzy sformułowane hipotezy znalazły potwierdzenie w wynikach przepro-

wadzonych badań. Zaburzenia sposobu doświadczania własnego ciała wiązały się z występowaniem różnego typu problemów psychicznych, nie były natomiast specyficzne tylko dla jednego z nich. Zaburzeniom psychicznym towarzyszył zmieniony sposób odczuwania własnego ciała w postaci zmian w zakresie mniejszego utożsamiania się z ciałem, odczuwania bardziej przykrych bodźców z własnego ciała czy mniejszej witalności.

Zwraca uwagę najniższy stopień utożsamiania się z ciałem u osób z depresją, w porównaniu z pozostałymi grupami. Niższy stopień utożsamiania się był związany z niższym poziomem witalności i odczuwaniem raczej przykrych doznań cielesnych oraz nasileniem objawów psychopatologicznych. Niskie utożsamienie można rozumieć jako swoistego rodzaju mechanizm obronny przed identyfikacją z negatywnymi odczuciami płynącymi z własnego ciała. Osoby depresyjne doświadczając małej witalności i odbierając raczej przykre bodźce z własnego ciała w naturalny sposób nie utożsamiały się z nimi. Poprzez brak utożsamiania się ze swoim ciałem osoba depresyjna obniżała poziom napięcia związany z odczuwaniem przykrych emocji. Brak utożsamiania się powoduje pozorne rozbicie tego, co psychiczne, i tego, co fizyczne. Na poziomie somatycznym pozostają wtedy dolegliwości fizyczne. Są one łatwiejsze do zaakceptowania niż problemy psychiczne. Rozbicie jedności własnego ciała i umysłu jest jednym ze sposobów na obronę przed tym, co niesie ze sobą ciało, wypracowanym w kulturze europejskiej [36]. Warto także zwrócić uwagę, że sposób odczuwania własnego ciała u osób z rozpoznaniem depresji jest szczególnie zmieniony, gdyż potencjalnie mają one dostęp do bardziej złożonych przeżyć niż osoby ze schizofrenią i z zaburzeniami osobowości.

Osoby ze schizofrenią oceniały doznania ze swojego ciała jako mniej przyjemne niż osoby bez zaburzeń, ale (na poziomie tendencji statystycznej) jako bardziej przyjemne niż pacjenci z rozpoznaniem depresji. Osoby z depresją jednoznacznie opisywały bodźce płynące z własnego ciała jako nieprzyjemne. W przypadku pacjentów ze schizofrenią można się zastanawiać, czy rzeczywiście odbierali oni bodźce płynące z własnego ciała jako bardziej przyjemne niż odczuwały to osoby depresyjne, czy też raczej unikali oceny tych doznań [por. 37]. Należy także zwrócić uwagę, że kwestionariusze zastosowane w badaniu wymagały od osób ze schizofrenią pewnego wglądu oraz zdolności zakomunikowania o swoich wewnętrznych stanach. Pacjenci psychotyczni mogą mieć jednak trudności z opisem swojego wewnętrznego doświadczenia [38]. Niektóre koncepcje schizofrenii wręcz traktują tę psychozę jako zaburzenie samoświadomości. Pacjenci ze schizofrenią, proszeni o skupienie się na bodźcach płynących ze swojego ciała, mogli mieć trudność w uświadomieniu sobie tych doznań lub też po prostu nie mieli dostępu do bardziej złożonych przeżyć (takich, jakie mają osoby z rozpoznaniem depresji).

Witalność jest wskaźnikiem ogólnego poziomu energii. W grupie osób ze schizofrenią wykazano, że większemu poczuciu witalności towarzyszył wyższy stopień utożsamiania się z ciałem. Osobie ze schizofrenią, czującej wyższy poziom energii w swoim ciele, łatwiej było zapewne identyfikować się z własną cielesnością niż w przypadku, gdy odczuwała ona ciało jako pozbawione energii. Większej ilości energii w organizmie towarzyszyła także ocena doznań płynących z własnego ciała jako przyjemniejszych. U osób depresyjnych mniejsze natężenie objawów psychopatologicznych wiązało się z poczuciem większej energii w ciele, a także z oceną odczuć płynących z własnego ciała jako przyjemniejszych. Witalność zmniejszała się u osób zdrowych wraz ze wzrostem natężenia objawów psy-

chopatologicznych mierzonych za pomocą kwestionariusza SCL-90. Wynik jest zgodny z potocznymi obserwacjami — często ludzie mający różnego typu dolegliwości zarówno somatyczne, jak i psychiczne odczuwają niski poziom energii w organizmie. Generalnie poczucie energii wiąże się raczej ze zdrowiem (nie tylko fizycznym) i jest odczuwane jako przyjemne.

Ciekawe wydaje się, że u osób z rozpoznaniem schizofrenii nie dochodzi do skrajnej patologii w zakresie badanych aspektów doświadczania własnego ciała, mimo że psychoza ta uchodzi za najgłębszą formę zaburzenia funkcjonowania psychicznego jednostki. Na podstawie uzyskanych wyników można raczej przypuszczać, że specyfika sposobu doświadczania własnego ciała w schizofrenii polega nie tyle na skrajnym odrzuceniu go, poczuciu braku energii i odbieraniu nieprzyjemnych doznań, co, przynajmniej w niektórych przypadkach, na urojeniowym rozpoznawaniu własnej cielesności. Niniejsze badania nie analizowały, niestety, związków między dysmorfofobiami a sposobem odczuwania swojego ciała.

W dalszych badaniach należałoby uwzględnić potencjalny wpływ farmakoterapii na zmianę w sposobie doświadczania własnego ciała. Istotne wydawałoby się także wyodrębnienie badanych grup nie tylko ze względu na rozpoznanie, lecz również nasilenie danego rodzaju objawów psychopatologicznych. Taki sposób wyodrębnienia grup badanych byłby bardziej zgodny z założeniami koncepcji Gestalt czy bioenergetyki, które raczej odrzucają tradycyjne diagnozy nozologiczne, skupiając się na opisie hipotetycznych mechanizmów psychicznych związanych z daną grupą objawów.

Wyniki badania skłaniają także do refleksji nad rolą tzw. pracy z ciałem w procesie psychoterapii. Włączenie w zakres psychoterapii różnych form pracy z ciałem wydaje się o tyle cenne, że może w niespecyficzny sposób oddziaływać na pacjenta. W terapii osób z zaburzeniami psychicznymi od lat pięćdziesiątych wykorzystywana jest np. choreoterapia [39]. Służy ona nie tylko relaksacji pacjentów, ale i ułatwia wyrażenie, nazwanie oraz zrozumienie własnych emocji, pozwala na ekspresję siebie, ułatwia nawiązywanie kontaktów, zwiększa umiejętność koncentracji uwagi, daje poczucie możliwości decydowania o sobie [39, 40]. Trzeba jednak pamiętać, że specyficzne koncepcje mechanizmów zaburzeń odczuwania własnego ciała opisywane w terapii Gestalt, bioenergetyce czy koncepcji Lainga wciąż wymagają weryfikacji empirycznej.

### Piśmiennictwo

1. Jaeger B, Ruggiero G, Edlund B, Gomez-Perretta C, Lang F, Mohammadkhani P, Sahleen-Veasey C, Schomer H, Lamprecht F. Body dissatisfaction and its interrelations with other risk factors for bulimia nervosa in 12 countries. *Psychother. Psychosom.* 2002; 71: 54-61.
2. Rabe-Jabłońska J. Zaburzenia obrazu ciała w jądłowstręciu psychicznym. *Psychiatr. Pol.* 1997; 31: 397-408.
3. Rabe-Jabłońska J, Dunajska A. Poglądy na temat zniekształconego obrazu ciała dla powstania i przebiegu zaburzeń odżywiania. *Psychiatr. Pol.* 1997; 31: 723-738.
4. Skrzypek S, Wehmeier P, Remschmidt H. Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2001; 10: 215-221.
5. Slade P. A review of body-image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J. Psychiatry Res.* 1985; 19: 225-265.
6. Rosen J. Body dysmorphic disorder: assessment and treatment. W: Thompson J, red. *Body image, eating disorders, and obesity. An integrative guide for assessment and treatment*. Washington D.C.: American

- Psychological Association; 1996.
7. Briket-Smith M, Mortensen E. Pain in somatoform disorders: is somatoform pain disorder a valid diagnosis? *Acta Psychiatr. Scand.* 2002; 106: 103-108.
  8. Lieb R, Pfister H, Mastaler M, Wittchen H. Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatr. Scand.* 2000; 101: 194-208.
  9. Kasper S. *Depresje: rozpoznawanie i leczenie.* Warszawa: Springer PWN; 1995.
  10. Bratkiewicz A. Depresja bez depresji – o depresji maskowanej. *Now. Psychol.* 2000; 2: 53-70.
  11. Pużyński S. *Depresje.* Warszawa: PZWL; 1988.
  12. Katon W, Berg A, Robins A, Risse S. Depression – medical utilisation and somatization. *Wes. Med.* 1986; 3: 564-568.
  13. Röhricht F, Beyer W, Priebe S. Störungen des Körpererlebens bei akuten Angsterkrankungen und Depressionen – Neurotizismus oder Somatisierung? *Psychother. Psychosomat. Med. Psychol.* 2002; 52: 205-213.
  14. Pużyński S., red. *Leksykon psychiatrii.* Warszawa: PZWL; 1993.
  15. Chapman L, Chapman J, Raulin M. Body-image aberration in schizophrenia. *J. Abn. Psychol.* 1978; 87: 399-407.
  16. Kępiński A. *Schizofrenia.* Warszawa: PZWL; 1981.
  17. Röhricht F, Priebe S. Do cenesthasias and body image aberration characterise a subgroup in schizophrenia? *Acta Psychiatr. Scand.* 2002; 105: 276-282.
  18. Bronszajn M. *Wstęp do psychiatrii klinicznej.* Łódź: Księgarnia Ludowa; 1948.
  19. Tworus R, Wojewódzka J. Karol (1978-2000) – dlaczego nie potrafilimy mu pomóc? Opis przypadku. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2002; 11: 71-76.
  20. Koide R, Lizuka S, Fujihara K, Morita N. Body image, symptoms and insight in chronic schizophrenia. *Psychiatry Clin. Neurosc.* 2002; 56: 9-15.
  21. Priebe S., Röhricht F. Specific body image pathology in acute schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2001; 101: 289-301.
  22. Fisher S, Cleveland S. *Body image and personality.* Princeton: D. Van Nostrand Company; 1958.
  23. Vinck J, Pierloot R. Body image boundary definite and psychopathology. *Acta Psychiatr. Belg.* 1977; 77: 348-359.
  24. Quinlan M, Harrow M. Boundary disturbances in schizophrenia. *J. Abn. Psychol.* 1974; 83: 541-553.
  25. Szostak M. Wybrane właściwości struktury „ja” u osób cierpiących na depersonalizację. *Prace IPSiR,* tom 7, Warszawa; 1982.
  26. Schier K, Zalewska M. *Krewni i znajomi Edypa.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2002.
  27. De Barbaro B. *Pacjent w swojej rodzinie.* Warszawa: Springer PWN; 1997.
  28. Laing R. *Podzielone Ja.* Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 1995.
  29. Laing R. *Ja i inni.* Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 1997.
  30. Kepner J. *Ciało w procesie psychoterapii Gestalt.* Warszawa: Pusty Obłok; 1991.
  31. Lowen A. *Duchowość ciała.* Warszawa: Jacek Santorski & Co; 1992.
  32. Lowen A. *Depresja i ciało.* Warszawa: Jacek Santorski & Co; 1992.
  33. Zinker J. Cele terapii Gestalt i koncepcja cyklu energetycznego. *Now. Psychol.* 1988; 5: 56-65.
  34. Folta-Parnowska I. Dynamika stanów depresyjnych w ujęciu A. Lowena. W: Santorski J, red. *Depresja, esencja, ciało.* Warszawa: Jacek Santorski & Co. 1992.
  35. Levin S, Loudon J, Soni S. *Schizofrenia.* Warszawa: PZWL; 1995.
  36. Chiripaz F. *Ciało.* Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN; 1998.
  37. Drat-Ruszczak K. Dynamika emocji w schizofrenii: mechanizmy radzenia sobie z wartościowością relacji społecznych. *Przepl. Psychol.* 1997; 40: 27-47.
  38. Fritch Ch. *The cognitive neuropsychology of schizophrenia.* Hove: Erlbaum, Taylor and Francis;

1995.

39. Aleszko Z., Janke-Klimaszewska B. Choreoterapia w psychiatrii. *Psychoter.* 2001; 117: 61-68.
40. Wojciechowska A, Bielańska A. „Filozofia ruchu” w terapii osób chorych psychicznie. *Psychoter.* 2001; 116: 45-51.

Adres: Wydział Psychologii UW  
Stawki 5/7  
00-183 Warszawa  
e-mail: [szymek@engram.psych.uw.edu.pl](mailto:szymek@engram.psych.uw.edu.pl)

