

## Rola Ja cielesnego (*body self*) i samooceny w doświadczaniu intensywności objawów menopauzy

### Role of the body self and self-esteem in experiencing the intensity of menopausal symptoms

Małgorzata Włodarczyk, Grażyna Dolińska-Zygmunt

Instytut Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego, Zakład Psychologii Klinicznej i Zdrowia

#### Summary

**Aim.** The aim of the study was to test differences in self-esteem and strength of the body self, body image, comfort with closeness with others and body protection among women reporting high and low intensity of psychological, vasomotor and somatic symptoms of menopause.

**Method.** The sample included 201 women aged 45–55 years. The Menopause Symptom List was used to test the intensity of menopausal symptoms, the Body Self Questionnaire was used to diagnose the body self, and the Rosenberg Self-Esteem Scale was used to examine participants' levels of self-esteem. Differences between women experiencing high and low intensity of symptoms were analyzed using Student's *t*-test for independent samples.

**Results.** Women experiencing high-intensity psychological, vasomotor and somatic symptoms of menopause showed significantly lower self-esteem and poorer body-self functioning in all its dimensions except for body protection.

**Conclusions.** Women experiencing high-intensity psychological, vasomotor and somatic symptoms of menopause demonstrated poorer functioning of the body self and lower self-esteem

**Słowa kluczowe:** Ja cielesne, objawy menopauzy, samoocena

**Key words:** body self, menopausal symptoms, self-esteem

#### Wstęp

Zróznicowanie intensywności objawów wynikających ze zmian hormonalnych, zwłaszcza objawów wazomotorycznych, a także występowanie innych symptomów menopauzy wskazuje na obecność pozahormonalnych czynników modyfikujących pojawienie się i nasilenie objawów menopauzy [1]. Badania pochodzące z różnych krajów sugerują, że większość objawów menopauzy, poza nadmienionymi wcześniej uderzeniami gorąca, zlewnymi potami i dolegliwościami urogenitalnymi, w tym suchość-

cią pochwy, ma prawdopodobnie podłoże psychologiczne [2–5]. Niejednoznaczne dane w tej kwestii skłoniły badaczy do głębszej i bardziej precyzyjnej analizy zmiennych związanych z doświadczaniem symptomów menopauzy, gdyż jak się okazuje, różnorodne czynniki o charakterze psychospołecznym są w większym stopniu skorelowane z przeżywaniem psychologicznych objawów menopauzy niż status menopauzalny [5–7].

Spośród uwarunkowań doświadczania objawów menopauzy szczególną uwagę poświęca się zagadnieniu obrazu ciała (*body image*), który ma istotne znaczenie zwłaszcza dla emocjonalnego funkcjonowania kobiet i jest prawdopodobnie związany z postawami i przekonaniami dotyczącymi kształtu i rozmiaru ciała, jakie narzuca społeczeństwo [8]. Badania przeprowadzone przez Deeks i McCabe [9] ujawniły, że kobiety w okresie menopauzy miały negatywny obraz swego ciała (*body image*) i doświadczały negatywnych emocji w związku z jego wyglądem i funkcjonowaniem. Chrisler i Ghiz [10] zasugerowali, że objawy menopauzy przyczyniają się do wahań w zakresie obrazu własnego ciała i mogą prowadzić do poczucia utraty kontroli nad swoim ciałem. F. Reynolds [11] wykazała, że kobiety cechujące się podwyższoną świadomością ciała doświadczały intensywnych objawów wazomotorycznych. Z kolei badania Koch i wsp. [12] ujawniły, że percepcja własnej atrakcyjności jest niezależna od wieku i statusu menopauzalnego badanych kobiet.

Uzupełnienie danych dotyczących uwarunkowań doświadczania objawów menopauzy w kontekście cielesności i samooceny stanowi *Wieloczynnikowy model doświadczeń cielesnych i emocjonalnych kobiet w okresie menopauzy (Multifactorial model as applied to the development of bodily experiences and mood states during the climacteric)*, którego autorami są A.T. Veeninga i F.W. Kraaimaat [13]. W ramach tego modelu objawy menopauzy rozumiane są w kategoriach doświadczenia psychologicznego. Zmiany hormonalne zachodzące w organizmie kobiety wywołują zmiany cielesne (np. uderzenia gorąca, suchość pochwy, nieregularne miesiączkowanie). Proces spostrzegania i oceny symptomów menopauzy jest modyfikowany m.in. przez nadmierną uwagę ukierunkowaną na bodźce pochodzące z wnętrza ciała oraz przez informacje przekazywane przez społeczeństwo na temat interpretowania tych dolegliwości w kategoriach objawów menopauzy [13]. Istotny staje się tu również aspekt samoświadomości wejścia przez kobietę w okres menopauzy, który umożliwia przypisanie doświadczanych symptomów właśnie temu okresowi [11].

W literaturze przedmiotu eksponuje się również rolę samooceny dla doświadczania objawów menopauzy. Przykładowo Hunter i Rendall ujawniły, że kobiety doświadczające lęku i przeżywające stres oraz cechujące się niską samooceną intensywniej doświadczały psychologicznych oraz wazomotorycznych objawów menopauzy [5]. Z kolei w badaniach Bloch wykazano, że niski poziom pewności siebie (*self-confidence*) korelował zwłaszcza z psychologicznymi objawami menopauzy [14]. Z kolei Nosek i wsp. dowiedli, że samoocena i świadomość ciała korelowały z radzeniem sobie z przemianą menopauzalną [15], a Ayers i wsp. stwierdzili, że negatywna percepcja zmian zachodzących w ciele w trakcie menopauzy korelowała m.in. z niską samooceną i negatywną postawą względem menopauzy [16].

## Cel

Celem badania było sprawdzenie różnic w zakresie samooceny oraz siły Ja cielesnego, obrazu ciała, a także w obszarze dwóch aspektów funkcjonowania, w których Ja cielesne może manifestować swoje działanie, a mianowicie ochrona ciała i komfort w sytuacji bliskości fizycznej pomiędzy kobietami ujawniającymi dużą i małą intensywność psychicznych, wazomotorycznych i somatycznych objawów menopauzy.

Pojęcie Ja cielesnego (*body self*) nie zostało jednoznacznie zdefiniowane. Nawet David Krueger, autor koncepcji Ja cielesnego (*body self*) osadzonej w paradygmacie psychodynamicznym, nie podaje konkretnej definicji tego konstruktu. Z jednej strony opisuje Ja cielesne (*body self*) jako rodzaj doświadczania własnego ciała, które odróżnia od jego reprezentacji – obrazu ciała (*body image*), z drugiej zaś jako grupę przedstawień (*images*) skupionych wokół doznań cielesnych [17]. W swojej książce *Body self and psychological self: Development and clinical integration in disorders of the self* (1989) D. Krueger rozróżnia Ja cielesne i obraz ciała i stwierdza, że „Ja cielesne wydaje się zawierać grupę przedstawień (*group of images*), które są dynamicznie i przedświadomie skoncentrowane dookoła doświadczeń cielesnych” [17, s. 28]. Natomiast na temat obrazu ciała (*body image*) pisze: „Ja cielesne i jego pochodna reprezentacja – obraz ciała (*body image*) – są płynnymi procesami (*fluid processes*) połączonymi z Ja psychologicznym [...]” [17, s. 28].

W niniejszym opracowaniu przyjęto koncepcję Ja cielesnego (*body self*) zaproponowaną przez Sakson-Obadę [18]. Koncepcja ta jest próbą integracji różnych podejść do problematyki cielesności. Ja cielesne (*body self*) Sakson-Obada określa jako „element struktury Ja, organizujący doświadczenia cielesne w postaci reprezentacji, których jakość wyznacza sposób przeżywania siebie, czyli fizyczne poczucie własnej tożsamości” [18, s. 98]. Przy czym pojęcie „poczucie tożsamości fizycznej” (prawidłowej, związanej z optymalnym funkcjonowaniem) jest rozumiane jako przedświadomy stan dobrostanu, związany z „czuciem się we własnym ciele jak u siebie w domu” [18, s. 98]. W zaproponowanym ujęciu psychodynamicznym Ja cielesne stanowi podsystem Ja, który w odróżnieniu od Ja psychologicznego odpowiada za mentalne opracowanie wrażeń cielesnych. Jest to możliwe dzięki trzem funkcjom Ja cielesnego [18]:

- pierwszej, dotyczącej doznawania bodźców płynących zarówno z wnętrza ciała (interocepcja), jak i będących wynikiem pobudzenia eksteroreceptorów (eksterocepcja),
- drugiej, odnoszącej się do interpretacji doznań w kategoriach stanów fizycznych<sup>1</sup> i emocji (a także – w przypadku słabego Ja cielesnego – w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej),
- trzeciej, związanej z regulacją stanów fizycznych i emocjonalnych, rozumianej jako zdolność do rozpoznawania przyczyn tych stanów i umiejętność podejmowania adaptacyjnych strategii radzenia sobie z nimi [18].

<sup>1</sup> Do stanów fizycznych Sakson-Obada [18, s. 99] zalicza: głód, pragnienie, zmęczenie, senność, stan choroby, stan pobudzenia seksualnego. W celu określenia tych stanów stosuje się także zamiennie takie pojęcia jak: potrzeby fizyczne (fizjologiczne, cielesne).

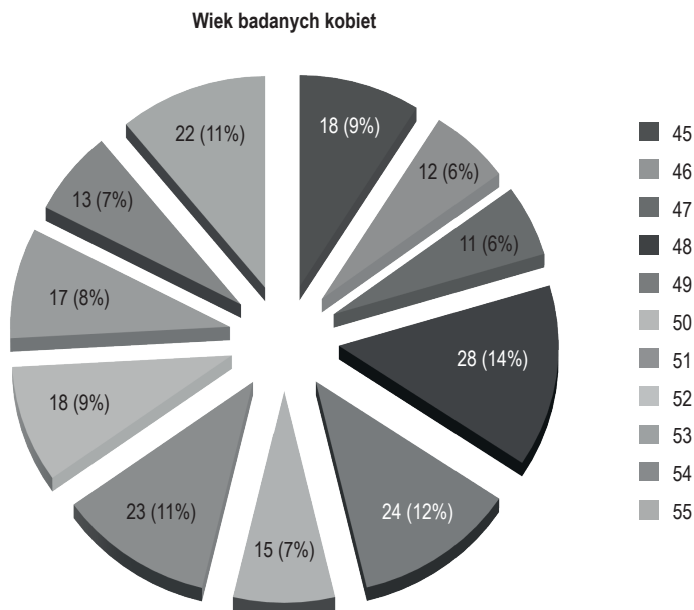
### Hipoteza badawcza

Kobiety ujawniające dużą intensywność objawów menopauzy w porównaniu z kobietami doświadczającymi małej intensywności objawów menopauzy charakteryzują się gorszym funkcjonowaniem Ja cielesnego, a więc słabszym Ja cielesnym, negatywnym stosunkiem emocjonalnym do ciała, małym komfortem w sytuacji bliskości fizycznej innych osób, słabą ochroną ciała oraz niższą samoocena.

### Material i metoda

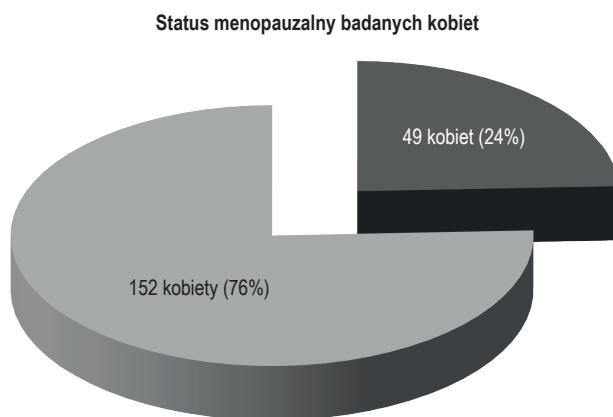
#### Grupa badana

W badaniu wzięło udział 201 kobiet w wieku 45–55 lat, z wykształceniem wyższym pedagogicznym (nauczycielki), zamężne, zamieszkujące duże miasto powyżej 100 000 tysięcy mieszkańców. Najwięcej badanych kobiet (14%) miało 48 lat, a najmniej (6%) 46 i 47 lat (ryc. 1). Średnia wieku ( $N = 201$ ) wyniosła 50,11 roku z odchyleniem standardowym 3,07 roku (ryc. 1). Jak się okazuje, uzyskana w badaniach własnych średnia wieku (50,11) jest bliska średniej wieku wyliczonej w badaniach prowadzonych na polskiej populacji 7183 kobiet w wieku pomiędzy 35. r.ż. a 65. r.ż. przez Kaczmarek, która ustaliła, że średnia wieku wystąpienia naturalnej menopauzy wyniosła 51,25 roku [19].



Rycina 1. Rozkład wieku w badanej próbie kobiet ( $N = 201$ )

W celu określenia statusu menopauzalnego badanych kobiet posłużono się opartą na kryteriach STRAW<sup>2</sup> [20] ankietą zawierającą pytania dotyczące regularności i długości cyklu menstruacyjnego oraz czasu i przyczyn zakończenia miesiączkowania. Na tej podstawie ustalono, że badane kobiety (w momencie badania) według klasyfikacji STRAW znajdowały się we wczesnym (24% = 49 kobiet) i późnym (76% = 152 kobiety) okresie perimenopauzalnym (ryc. 2).



Rycina 2. Rozkład statusu menopauzalnego w badanej grupie

Z badania wykluczono te kobiety, które przyjmowały syntetyczne hormony oraz stosowały HTZ<sup>3</sup> [21] oraz kobiety, które przeżyły leczenie prowadzące do wywołania sztucznej menopauzy (np. operacja usunięcia jajników i/lub macicy).

W celu określenia intensywności psychicznych, wazomotorycznych i somatycznych objawów menopauzy (tab. 1) posłużono się kwestionariuszem *Menopause Symptom List* w polskiej adaptacji Bielawskiej-Batorowicz [22]. Rzetelność skali obliczono metodą powtórnego pomiaru. Wahała się ona pomiędzy 0,51 a 0,92. Natomiast trafność narzędzia oszacowano na podstawie korelacji wyników z wynikami *Climacteric Symptom Rating Scale* Greene'a. Przyjęła ona wartości od 0,39 do 0,89;  $p < 0,01$  lub  $p < 0,05$ .

<sup>2</sup> STRAW (*Staging System for Reproductive Aging in Workshop*) – narzędzie zaproponowane przez zespół ekspertów amerykańskich, kanadyjskich i australijskich z myślą o optymalizacji badań nad fizjologią i patologią okresu okołomenopauzalnego.

<sup>3</sup> HTZ – Hormonalna Terapia Zastępcza.

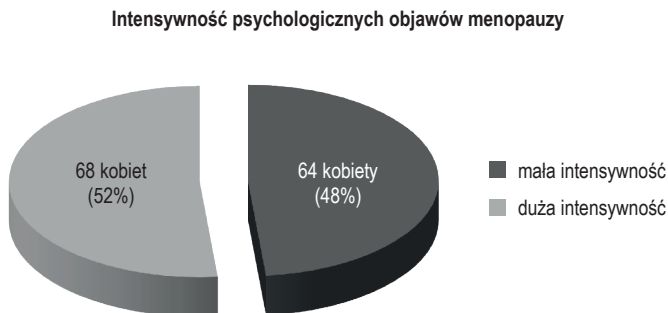
Tabela 1. Objawy menopauzy wyodrębnione przez Bielawską-Batorowicz (na podstawie analizy czynnikowej) w toku polskiej adaptacji kwestionariusza *Moje samopoczucie*

Psychiczne objawy menopauzy	Wazomotoryczne objawy menopauzy	Somatyczne objawy menopauzy
drażliwość, uczucia depresyjne, pobudliwość, uczucie napięcia, wahania nastroju, wybuchy płaczu, martwienie się bez powodu, zła koncentracja, napięcie i ucisk w głowie lub innych częściach ciała	odrętwienie i uczucie mrowienia, brak czucia w dłoniach i stopach, uderzenia gorąca, pocenie się, brak apetytu, brak tchu, palpacje, pieczenie oczu oraz zimne dłonie i stopy	przybieranie na wadze, dyspareunia, bezsenność, utrata zainteresowań seksualnych, wczesne budzenie się rano, zaparcia, bóle głowy

Źródło: opracowanie własne na podstawie Bielawska-Batorowicz [22].

Następnie spośród badanej grupy kobiet ( $N = 201$ ) na podstawie wyników uzyskanych w kwestionariuszu *Moje samopoczucie* i po zastosowaniu programu Statistica 10 wytypowano:

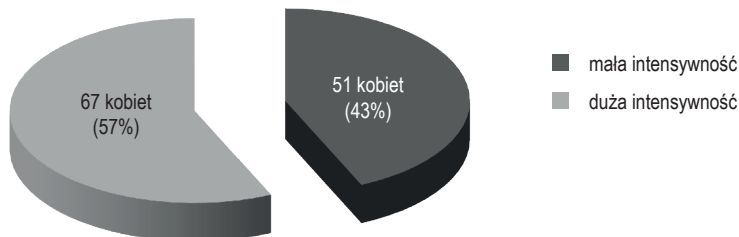
- 132 kobiety, które doświadczały małej ( $N = 64$ ) i dużej ( $N = 68$ ) intensywności psychicznych objawów menopauzy (ryc. 3).



Rycina 3. Rozkład intensywności psychicznych objawów menopauzy w badanej grupie

- 118 kobiet, które doświadczały małej ( $N = 51$ ) lub dużej ( $N = 67$ ) intensywności wazomotorycznych objawów menopauzy (ryc. 4).

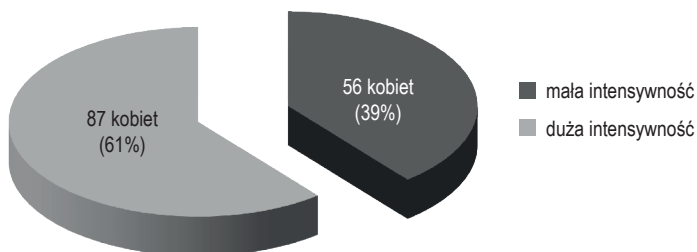
Intensywność wazomotorycznych objawów menopauzy



Rycina 4. Rozkład intensywności wazomotorycznych objawów menopauzy w badanej grupie

143 kobiety, które doświadczały małej ( $N = 56$ ) lub dużej ( $N = 87$ ) intensywności somatycznych objawów menopauzy (ryc. 5).

Intensywność somatycznych objawów menopauzy



Rycina 5. Rozkład intensywności somatycznych objawów menopauzy w badanej grupie

Do pomiaru Ja cielesnego zastosowano kwestionariusz *Ja cielesne* Sakson-Obady [18]. W skład kwestionariusza Ja cielesnego wchodzi następujące skale [18]:

- podwyższone progi doznań; Sakson-Obada określa je jako „poczucie, że silny bodziec nie wywołuje wrażenia, lub wywołuje wrażenie o zbyt małej sile” (przykładowo bodźce o dużej sile odczuwane są w niewielkim stopniu lub wcale). Wskaźnik rzetelności dla tej podskali wyniósł  $\alpha$ -Cronbacha = 0,735,
- obniżone progi doznań; definiowane jako „poczucie, że słaby bodziec wywołuje wrażenie o zbyt dużej sile” (np. bodźce o niskim natężeniu odbierane są jako drażniące lub bolesne). Wskaźnik rzetelności dla tej podskali wyniósł  $\alpha$ -Cronbacha = 0,746,
- interpretacja doznań w kategoriach emocji; jest to interpretacja/rozpoznawanie własnych doznań w kategoriach emocji, a zaburzenie w obrębie tej funkcji Ja cielesnego może wyrażać się np. poprzez niezdolność do opisu doświad-

czanego w ciele pobudzenia w kategoriach emocji. Wskaźnik rzetelności dla tej podskali wyniósł  $\alpha$ -Cronbacha = 0,821,

- interpretacja doznań w kategoriach stanów fizycznych; jest to interpretacja/rozpoznawanie doznań cielesnych w kategoriach stanów fizycznych, a zaburzenie w obrębie tej funkcji Ja cielesnego może wyrażać się np. poprzez niezdolność identyfikacji odczuwanego pobudzenia jako głodu lub zmęczenia. Wskaźnik rzetelności dla tej podskali wyniósł  $\alpha$ -Cronbacha = 0,599,
- interpretacja doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości fizycznej; spośród wszystkich podskal kwestionariusza Ja cielesnego podskala ta w największym stopniu wiąże się z poczuciem granic ciała, ujawnianie nieprawidłowości w obrębie tej funkcji Ja cielesnego skutkuje określeniem własnych przeżyć np. w kategoriach poczucia rozplywania się granic własnego ciała, poczucia pustki czy braku spójności z własnym ciałem. Wskaźnik rzetelności dla tej podskali wyniósł  $\alpha$ -Cronbacha = 0,837,
- regulacja stanów emocjonalnych; odnosi się do znajomości przyczyn pojawiającego się w ciele pobudzenia związanego z doświadczanymi emocjami i radzenia sobie z nimi (np. zdolność do opanowania emocji negatywnych oraz wzbudzania i podtrzymywania emocji pozytywnych), a zaburzenie w obrębie tej funkcji Ja cielesnego może wyrażać się poprzez bezradność wobec emocji (np. złości) lub stanu cielesnego (pobudzenia seksualnego), samo-okaleczanie lub picie alkoholu w celu redukcji negatywnych emocji (np. smutku). Wskaźnik rzetelności dla tej podskali wyniósł  $\alpha$ -Cronbacha = 0,784,
- regulacja stanów fizycznych; odnosi się do znajomości przyczyn doświadczanego stanu pobudzenia cielesnego i radzenia sobie z tymi stanami – np. identyfikacja odczuwanego pobudzenia jako głodu lub zmęczenia, a następnie podjęcie działań zmierzających do zmniejszenia lub usunięcia odczuwanego głodu lub zmęczenia. Wskaźnik rzetelności dla tej podskali wyniósł  $\alpha$ -Cronbacha = 0,738,
- postawa wobec ciała/stosunek emocjonalny do ciała; jest to podskala mierząca emocjonalne odniesienie się do ciała, które może się przejawiać poprzez niezadowolenie z sylwetki, wagi, wyglądu całego ciała i jego części lub z cech związanych z funkcjonowaniem genitalnym, siłą i sprawnością fizyczną lub też jako zadowolenie z wyglądu i funkcjonowania ciała. W literaturze przedmiotu [23] określana jest również jako stosunek emocjonalny zarówno do wyglądu, jak i sposobu funkcjonowania ciała. Wskaźnik rzetelności dla tej podskali wyniósł  $\alpha$ -Cronbacha = 0,899,
- komfort w sytuacji bliskości fizycznej innych osób; odnosi się do poziomu bezpieczeństwa i komfortu odczuwanego w sytuacji kontaktu fizycznego (chodzi zwłaszcza o kontakt dotykowy podczas codziennych sytuacji, niekoniecznie związanych z aktywnością seksualną, np. gesty związane z witaniem się z kimś) zarówno z osobami bliskimi, jak i obcymi. Wskaźnik rzetelności dla tej podskali wyniósł  $\alpha$ -Cronbacha = 0,823,



- ochrona własnego ciała; jest to ostatnia podskala kwestionariusza Ja cielesnego, która określa zachowania jednostki podejmowane w celu ochrony i poprawy własnego zdrowia – np. stosowanie kosmetyków do pielęgnacji ciała, ochrona ciała przed zmoknięciem lub przemarznięciem, podejmowanie leczenia w razie choroby itp. Wskaźnik rzetelności dla tej podskali wyniósł  $\alpha$ -Cronbacha = 0,625.

Według Sakson-Obady na siłę Ja cielesnego składa się odczuwanie i interpretowanie wrażeń pochodzących z ciała oraz podejmowanie działań mających na celu poradzenie sobie z tymi stanami. Autorka ta podkreśla, że silne Ja cielesne umożliwia osobie odczuwanie zmian zachodzących w ciele (funkcja doznawania), nadawanie im znaczenia (funkcja interpretacji) oraz określanie przyczyn zachodzących zmian i sposobów radzenia sobie z nimi (funkcja regulacji) [17].

W celu określenia poziomu samooceny badanych kobiet zastosowano Skalę Samooceny (SES) Rosenberga w polskiej adaptacji Lachowicz-Tabaczek, Dzwonkowskiej i Łaguny [24]. Rzetelność skali SES waha się w zależności od różnych grup wiekowych od  $\alpha = 0,81$  do  $\alpha = 0,83$ . Natomiast trafność teoretyczną ustalono na podstawie eksploracyjnej i konfirmacyjnej analizy czynnikowej oraz opierając się na korelacjach skali SES z kwestionariuszami mierzącymi m.in. depresję, osobowość narcystyczną, temperament, umiejscowienie kontroli, optymizm, nadzieję podstawową, kompetencje społeczne czy nieśmiałość.

W analizach statystycznych danych empirycznych posłużono się programem Statistica 10 i zastosowano test *t*-Studenta dla prób niezależnych.

## Wyniki

Analiza (z użyciem testu *t*-Studenta dla prób niezależnych) wykazała, że kobiety o małej i dużej intensywności psychicznych objawów menopauzy (zob. tab. 2) różnią się pomiędzy sobą w zakresie wszystkich analizowanych wymiarów Ja cielesnego, z wyjątkiem ochrony ciała, oraz samooceny.

Tabela 2. Różnice w zakresie Ja cielesnego i samooceny w grupie kobiet ujawniających dużą ( $N = 68$ ) i małą ( $N = 64$ ) intensywność psychicznych objawów menopauzy

Analizowana zmienna	Intensywność objawów psychicznych				Statystyki <i>t</i>		
	$X_{SR}$		Odch. stand.				
	Mała ( $N = 64$ )	Duża ( $N = 68$ )	Mała ( $N = 64$ )	Duża ( $N = 68$ )	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Samoocena	30,98	26,28	4,98	3,68	6,197	130	<0,01
Siła Ja cielesnego	2,02	2,72	0,37	0,42	10,034	130	<0,000
Obraz ciała (SEC)	2,26	3,37	0,65	0,81	8,531	130	<0,000
Komfort w sytuacji bliskości fizycznej innych osób (KOM)	2,86	3,26	0,52	0,53	4,357	130	<0,001
Ochrona własnego ciała (OCH)	2,11	2,22	0,60	0,45	1,143	130	0,255

Kobiety ujawniające większą intensywność psychicznych objawów menopauzy charakteryzowały się słabszym Ja cielesnym, negatywną postawą wobec ciała, mniejszym komfortem w sytuacji bliskości fizycznej innych osób oraz niższą samooceną.

**Tabela 3. Różnice w zakresie Ja cielesnego i samooceny w grupie kobiet ujawniających dużą ( $N = 67$ ) i małą ( $N = 51$ ) intensywność wazomotorycznych objawów menopauzy**

Analizowana zmienna	Intensywność objawów wazomotorycznych				Statystyki t		
	$X_{SR}$		Odch. stand.		t	df	p
	Mała ( $N = 51$ )	Duża ( $N = 67$ )	Mała ( $N = 51$ )	Duża ( $N = 67$ )			
Samoocena	31,29	27,13	3,68	4,58	5,311	116	<0,01
Siła Ja cielesnego	2,01	2,65	0,36	0,48	7,553	116	<0,01
Obraz ciała (SEC)	2,18	3,18	0,61	0,89	6,777	116	<0,000
Komfort w sytuacji bliskości fizycznej innych osób (KOM)	2,91	3,24	0,60	0,49	3,253	116	0,001
Ochrona własnego ciała (OCH)	2,10	2,26	0,57	0,55	1,554	116	0,123

Podobne rezultaty uzyskano w przypadku dużej intensywności wazomotorycznych i somatycznych objawów menopauzy (zob. tab. 3 i 4).

**Tabela 4. Różnice w zakresie Ja cielesnego i samooceny w grupie kobiet ujawniających dużą ( $N = 87$ ) i małą ( $N = 56$ ) intensywność somatycznych objawów menopauzy**

Analizowana zmienna	Intensywność objawów somatycznych				Statystyki t		
	$X_{SR}$		Odch. stand.		t	df	p
	Mała ( $N = 56$ )	Duża ( $N = 87$ )	Mała ( $N = 56$ )	Duża ( $N = 87$ )			
Samoocena	31,07	26,77	4,34	4,07	6,017	141	<0,01
Obraz ciała (SEC)	2,18	3,20	0,53	0,85	8,038	141	<0,000
Komfort w sytuacji bliskości fizycznej innych osób (KOM)	2,94	3,24	0,56	0,47	3,467	141	0,001
Ochrona własnego ciała (OCH)	2,10	2,29	0,61	0,52	1,875	141	0,063

## Dyskusja

Uzyskane wyniki badań potwierdziły hipotezę zakładającą, że kobiety ujawniające dużą intensywność objawów menopauzy w porównaniu z kobietami doświadczającymi małej intensywności objawów menopauzy charakteryzują się gorszym funkcjonowaniem Ja cielesnego oraz niższą samooceną. Jest to zgodne z doniesieniami pochodzącymi z innych badań poświęconych roli cielesności w doświadczaniu objawów menopauzy [np. 5–9].

Zakłada się, że rozwój Ja cielesnego trwa przez całe życie człowieka, ale szczególnie intensywnie przebiega w sytuacji, gdy pojawiają się istotne zmiany w wyglądzie ciała i jego doświadczaniu [25]. Momentem takim jest niewątpliwie okres menopauzy. Wykazano na przykład, że Ja cielesne wyznacza sposób doświadczania objawów menopauzy [26]. Kobiety, które doświadczały poczucia wyobcowania własnego ciała, informowały o większej ilości doznawanych objawów menopauzy. W innych badaniach wykazano, że sposób funkcjonowania Ja cielesnego korelował z intensywnością psychicznych objawów menopauzy [26]. Na tej podstawie wysunięto wniosek, że negatywna postawa kobiet w okresie menopauzy względem własnego ciała i brak zrozumienia dla funkcjonowania organizmu, przy określonych cechach osobowości, prowadzić może do nadmiernej koncentracji na własnym ciele, a w konsekwencji do poczucia, że doświadczane objawy menopauzy są intensywne.

W literaturze przedmiotu opisywana jest również zależność pomiędzy cielesnością i negatywną postawą wobec menopauzy a doświadczaniem objawów menopauzy [27–28]. Stwierdzono na przykład, że negatywna ocena Ja cielesnego (*negative body self evaluation*) ściśle wiązała się z negatywną postawą społeczną [29]. Akcentuje się także związek podejścia do własnego ciała z seksualnym i społecznym funkcjonowaniem kobiet w okresie menopauzy [30]. Przy czym badacze podkreślają, że konieczna jest większa liczba danych, aby można było precyzyjniej opisać relację między tymi zmiennymi. Wniosek ten może stanowić punkt wyjścia do dalszych analiz.

Istotnym zagadnieniem opisywanym w literaturze przedmiotu jest także związek samooceny nie tylko z objawami menopauzy, ale również z obrazem ciała (*body image*) [31]. Obraz ciała jest ważnym pojęciem, które ma znaczący wpływ na samoocenę zwłaszcza starszych kobiet. Przykładowo doświadczanie intensywnych objawów menopauzy korelowało z niską samooceną i negatywnym obrazem ciała [32–35], co też zostało potwierdzone w badaniach własnych. Rola samooceny w przeżywaniu wazomotorycznych objawów menopauzy jest szczegółowo omawiana w ramach biopsychospołeczno-kulturowego modelu doświadczania menopauzy (*the bio-psycho-socio-cultural perspective*) [5]. Niska samoocena oraz negatywne postrzeganie własnego ciała implikowały większą intensywność doświadczania zwłaszcza wazomotorycznych objawów menopauzy. Zauważono także, że niska samoocena korelowała z negatywnym postrzeganiem symptomów menopauzy, a to z kolei wiązało się ze zwiększoną intensywnością doświadczania uderzeń gorąca [5].

## Wnioski

Ja cielesne odgrywa istotną rolę w doświadczaniu przez kobiety intensywnych objawów menopauzy. Badane kobiety o małej i dużej intensywności psychicznych, wazomotorycznych i somatycznych objawów menopauzy różnią się pomiędzy sobą poziomem samooceny oraz funkcjonowaniem Ja cielesnego. Okazuje się, że kobiety o dużej intensywności psychicznych, wazomotorycznych i somatycznych objawów menopauzy charakteryzują się gorszym funkcjonowaniem Ja cielesnego oraz niższą samooceną.

### Piśmiennictwo

1. Bielawska-Batorowicz E. *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: BPS; 2006; 299–357.
2. Greene JG. *Constructing a standard climacteric scale*. *Maturitas* 1998; 29: 25–31.
3. Elavsky S, McAuley E. *Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause*. *Maturitas* 2005; 52: 374–385.
4. Chedraui P, Aguirre W, Hidalego L, Fayad L. *Assessing Menopausal Symptoms among health middle aged women with the Menopause Rating Scale*. *Maturitas* 2007; 57: 271–278.
5. Hunter M, Rendall M. *Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause*. *Best Pract. Res. Cl. Ob.* 2007; 21(2): 261–274.
6. Avis NE, McKinlay SM. *A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: Results from the Massachusetts Women's Health Study*. *Maturitas* 1991; 13: 65–79.
7. Jafari F, Farahbakhsh K, Shafiabadi A, Delavar A. *Quality of life and menopause: Developing a theoretical model based on meaning in life, self-efficacy beliefs, and body image*. *Aging Ment. Health* 2011; 15(5): 630–637.
8. Deeks AA. *Psychological aspects of menopause management*. *Best Pract. Res. Cl. En.* 2003; 17(1): 17–31.
9. Deeks AA, McCabe M. *Menopausal stage and age and perceptions of body image*. *Psychol. Health* 2001; 16: 367–379.
10. Chrisler JC, Ghiz L. *Body image issues of older women*. Special issue: *Faces of women and aging*. *Women Ther.* 1993; 14(1/2): 67–75.
11. Reynolds F. *Psychological responses to menopausal hot flashes: Implications of a qualitative study for counselling interventions*. *Counselling Psychology Quarterly* 1997; 10(3): 309–321.
12. Koch PB, Mansfield PK, Thurau D, Carey M. *“Feeling Frumpy”: The relationship between body image and sexual response changes in midlife women*. *J. Sex Res.* 2005; 42: 215–223.
13. Veeninga AT, Kraaimaat FW. *A multifactorial approach to complaints during the climacteric*. *J. Reprod Infant Psych.* 1995; 13: 69–77.
14. Bloch A. *Self-awareness during the menopause*. *Maturitas* 2002; 41: 61–68.
15. Nosek M, Kennedy HP, Beyene Y, Taylor D, Gilliss C, Lee K. *The effects of perceived stress and attitudes toward menopause and aging on symptoms of menopause*. *J. Midwifery Wom. Health* 2010; 55(4): 328–334.
16. Ayers B, Forshaw M, Hunter MS. *The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experiences: A systematic review*. *Maturitas* 2010; 65: 28–36.
17. Sakson-Obada O. *Rozwój Ja cielesnego w kontekście wczesnej relacji z opiekunem*. *Roczniki Psychologiczne* 2008; XI(2): 27–44.
18. Sakson-Obada O. *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Warszawa: Difin; 2009.
19. Kaczmarek M. *The timing of natural menopause in Poland and associated factors*. *Maturitas* 2007; 57: 139–153.
20. Soules MR, Sheman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian WH, Woods N. *Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW)*. *Fertil. Steril.* 2001; 76(5): 874–878.
21. Bednarek-Tupikowska G. *Zespół klimakteryczny i metody leczenia*. W: Milewicz A. red. *Endokrynologia kliniczna. Podręcznik dla studentów*. Wrocław: AM; 2007; 227–236.
22. Bielawska-Batorowicz E. *Polish adaptation of the Menopause symptom list by Janette M. Perz*. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Paedagogica and Psychologica* 2003; 8: 45–54.

23. Kubiak A, Sakson-Obada O. *Nawykowe samouszkodzenia a Ja cielesne*. Psychiatr. Pol. 2016; 50(1): 43–54.
24. Dzwonkowska I, Lachowicz-Tabaczek K, Łaguna M. *Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2008.
25. Mirucka B. *Poszukiwanie znaczenia cielesności i Ja cielesnego*. Przegląd Psychologiczny 2003; 46(2): 209–223.
26. Sakson-Obada O, Wycisk J. *The body self and the frequency, intensity and acceptance of menopausal symptoms*. Prz. Menopauzalny 2015; 14(2): 82–89.
27. Dolińska-Zygmunt G, Włodarczyk M. *Ja cielesne a percepcja objawów menopauzy*. W: Ogińska-Bulik N, Miniszewska J red. *Zdrowie w cyklu życia człowieka*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2012, 227–252.
28. Deeks AA. *Psychological aspects of menopause management*. Best Pract. Res. Cl. En. 2003; (March): 17–31.
29. Ho S, Wu S, Chan SG, Sham A. *Menopausal Transition and changes of body composition: A prospective study in Chinese perimenopausal women*. Int. J. Obesity 2010; 34: 1265–1274.
30. Kleindienst N, Priebe K, Borgmann E, Cornelisse S, Kruger A, Ebner-Priemer U i wsp. *Body self – evaluation and physical scars in patients with borderline personality disorder: An observational study*. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation 2014; 1(2): 1–10.
31. Andersen BL, LeGrand J. *Body image for women: Conceptualization, assessment, and a test of its importance to sexual dysfunction and medical illness*. J. Sex Res. 2011; 28(3): 457–477.
32. Price B. *The older women's body image*. Nursing Older People 2010; 22(1): 31–36.
33. Elavsky S, McAuley E. *Exercise and self-esteem in menopausal women: A randomized controlled trial involving walking and yoga*. Am. J. Health Promot. 2007; 22(2): 83–92.
34. Barth-Olofsson AS, Collins A. *Psychosocial factors, attitude to menopause and symptoms in Swedish perimenopausal women*. Climacteric 2000; 3(1): 33–42.
35. Bih-Ching Shu, Wei-Ming Luh, Shih-Ming Li, Shin-yi Lu. *Self-concept and menopause among mid-life women: A survey in southern Taiwan*. Maturitas 2007; 57: 132–138.

Adres: Małgorzata Włodarczyk  
Instytut Psychologii, Uniwersytet Wrocławski  
Zakład Psychologii Klinicznej i Zdrowia  
50-527 Wrocław, ul. Dawida 1

Otrzymano: 5.07.2016

Zrecenzowano: 24.10.2016

Otrzymano po poprawie: 20.11.2016

Przyjęto do druku: 28.12.2016