

MONIKA TOPÓR-PAMUŁA

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski  
Faculty of Psychology, University of Warsaw  
e-mail: monika.topor@gmail.com

KATARZYNA SCHIER

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski  
Faculty of Psychology, University of Warsaw  
e-mail: kas@psych.uw.edu.pl

## Związek między obrazem ciała u kobiet w pierwszej ciąży a reprezentacją relacji z rodzicem, partnerem i dzieckiem

### Body Image in First-time Pregnant Women in Connection with Their Perceived Relationship with the Parent, the Partner and the Child

**Abstract.** The aim of this study was to examine the relationship between the body image in first-time pregnant women and the perceived relationship with the parent, the partner and the child. David Krueger's theory on the development of body self and Murray Bowen's theory on family systems were the theoretical background of the research problem. The participants were 144 women in the third trimester of first pregnancy. The subjects were administered a documentation sheet, the Body Esteem Scale, Dresden Body Image Inventory, Questionnaire of Relationship, and a 'Naked Person' Drawing Test. The application of the statistical method of data clustering enabled to distinguish three groups of pregnant women, who differed in terms of their body image. These groups obtained various results concerning the differentiation of the self and the perceived relationship with the parents, the partner and the unborn child.

**Keywords:** pregnancy, body image, differentiation of the self, perceived relationship with the parents, perceived relationship with the partner, mental representation of the child.

**Słowa kluczowe:** ciąża, obraz ciała, stopień zróżnicowania Ja, postrzegana relacja z rodzicami, postrzegana relacja z partnerem, psychiczna reprezentacja dziecka.

#### WPROWADZENIE

Ciało kobiety w czasie ciąży ulega dużym zmianom. W ciągu czterdziestu tygodni ciąży w organizmie kobiety zachodzą przeobrażenia obejmujące swym zasięgiem wszystkie układy. Zmiany fizjologiczne (zwiększająca się pojemność macicy, wahania hormonów itd.) powodują, że sprawność fizyczna przyszłej matki ulega obniżeniu, mogą wystąpić również dolegliwości

bólowe. Oprócz tego ciężarna obserwuje zmiany w swoim wyglądzie, które mają charakter estetyczny. Na jej skórze mogą się pojawić rozstępy i przebarwienia (Guzikowski, 2011). Przede wszystkim jednak kobieta doświadcza znaczącego przyrostu masy ciała. Obserwuje powiększanie się swojego brzucha, piersi, a często również innych części ciała (Murkoff, Mazel, 2010). Powstaje zatem pytanie o to, jak ciężarne doświadczają wyglądu i sprawności swojego

ciała. Innymi słowy: jaki posiadają obraz swojego ciała definiowany jako „spostrzeżenia, myśli i uczucia danej osoby na temat jej ciała” (Grogan, 2008, s. 3) i ujmowany jako część Ja cielesnego (Schier, 2008, 2014). Niektórzy autorzy (np. Głębocka, 2009) traktują pojęcia „obraz ciała” oraz „wizerunek ciała” zamiennie.

Dla części kobiet ciąża może być jedynym okresem w życiu, w którym przyrost wagi nie wiąże się z negatywnymi emocjami. Ciało się zmienia, ale zjawisko to ma charakter przejściowy, można więc rozumieć obraz ciała w czasie ciąży jako stan (Głębocka, 2009; Schier, 2008). Funkcja reprodukcyjna jest wówczas silniej akcentowana społecznie niż atrakcyjność seksualna i dlatego „zawieszono” zostają wobec nich oczekiwania dotyczące szczupłej sylwetki (Price, 1988). Niektórzy badacze sugerują, że przyszłe matki poświęcają swojej wadze ciała mniej uwagi w porównaniu z kobietami niebędącymi w ciąży (Davies, Wardle, 1994). Badania Abigail Clark, Helen Skouteris, Eleanor Wertheim, Susan Paxton i Jeannette Milgrom (2009) ujawniły, że większość osób w ciąży miała pozytywny stosunek do swojego ciała. Badane spontanicznie deklarowały, że akceptują niepożądane defekty i zmiany wyglądu (np. wypryski skórne). Najważniejsze stało się dla nich zdrowie dziecka i postrzegały swoje ciało jako zapewniające mu adekwatną ochronę. Zgodnie z wynikami tych badań można przyjąć, że przyszła matka może postrzegać swoje zmieniające się ciało jako bardzo kobiece ze względu na to, że stanowi ono potwierdzenie jej możliwości reprodukcyjnych i seksualnych. Tym samym ciąża może pomóc kobiecie w zaakceptowaniu swojego ciała, nawet jeśli wcześniej jego niedoskonałości budziły w niej negatywne emocje (Boscaglia, Skouteris, Wertheim, 2003). Warto przy tym podkreślić, że także wyniki polskich badań prowadzone na grupie respondentek w trzecim trymestrze ciąży wykazały, że posiadają one pozytywny obraz ciała (Kaźmierczak, Goodwin, 2011). W badaniach Katarzyny Erbert i Jarosława Kulbata (2005) nie odnotowano z kolei istotnych różnic w poziomie zadowolenia z własnego ciała między ciężarnymi a kobietami z grupy kontrolnej.

Istnieją jednocześnie przesłanki sugerujące, że niektóre osoby w ciąży negatywnie przeżywają zmiany w obszarze swojej cielesności. Zmiany wagi ciała w tym okresie pozostają w sprzeczności z kultem szczupłości rozpowszechnianym przez współczesne media, co dla pewnej grupy kobiet może być źródłem lęku przed utratą atrakcyjności (Schier, 2008). Niektóre kobiety w ciąży mogą podejmować działania zmierzające do utrzymania niskiej wagi ciała, takie jak restrykcyjna dieta czy intensywne ćwiczenia fizyczne, co zostało określone mianem pregoreksji (Topór-Pamuła, 2012). Badania prowadzone na grupie ciężarnych Amerykanek sugerują, że skala tego zjawiska jest niewielka, ale wynik ten może być zaniżony w związku z trudnościami w jego rozpoznawaniu (*How real is pregorexia?*, 2009). Warto w tym momencie przytoczyć wyniki badań Janet DiPietro, Sarah Millet, Kathleen Costigan, Edith Gurewitsch i Laury Caulfield (2003), które ujawniły, że tylko u co trzeciej ciężarnej kobiety przyrost wagi był zgodny z zaleceniami medycznymi. Co ciekawe, 37% ciężarnych kobiet, które uzyskały pożądany przyrost masy ciała, odczuwało strach przed staniem się grubą, a 14% twierdziło, że wskutek zmiany wagi ciała obniżyła się ich atrakcyjność.

Negatywny sposób doświadczania własnej cielesności w okresie ciąży może też wynikać z innych niż waga zmian fizycznych. Helen Skouteris, Roxane Carr, Eleanor Wertheim, Susan Paxton i Dianane Duncombe (2005) zauważyły, że wraz z trwaniem ciąży przyszłe matki oceniały swoje pośladki, biodra i brzuch jako większe. Jednocześnie jednak zwiększały się rozmiary ich idealnych części ciała wyobrażonych w umyśle. Wyniki tych badań pokazują zatem, że ciężarne kobiety posiadają realistyczne wymagania wobec wyglądu ciała. Sarah Earle (2003) zauważa również, że przyszłe matki z zadowoleniem przyjmują powiększanie się tych części ciała, które kojarzone są z ciążą, takich jak piersi czy brzuch. Przybranie wagi ujawniające się w okolicach ramion, twarzy czy rąk budzi jednak duże niezadowolenie. Jednocześnie badania Rachel Pauls, Johna Occhino i Vicky Dryfhout (2008) pokazały, że kobiety w trzecim trymestrze ciąży oceniają swoje życie seksualne gorzej niż na

początku ciąży – u badanych zmniejszyła się częstotliwość kontaktów seksualnych, spadł poziom pobudzenia seksualnego i obniżyło się poczucie satysfakcji seksualnej.

W literaturze przedmiotu nie ma zgodności odnośnie do istoty obrazu ciała u kobiet w ciąży. Z jednej strony zaprezentowane wyniki badań sugerują, że wiele ciężarnych deklaruje zadowolenie ze swojego ciała. Z drugiej strony badania wykazują też istnienie pewnej grupy osób w ciąży, które negatywnie oceniają wygląd swojego ciała i negatywnie doświadczają przejawów swojej cielesności (np. seksualności). W tym kontekście znaczenia nabiera pytanie, od czego zależy obraz ciała kobiet w ciąży. Odpowiedzi na nie dostarczają m.in. teorie rozwoju Ja cielesnego (którego elementem jest obraz ciała). Odwołują się one do szeroko rozumianego myślenia psychodynamicznego oraz do teorii przywiązania Johna Bowlby'ego.

Według Davida Kruegera (2002; Schier, 2008) Ja cielesne jest uporządkowaną organizacją doświadczeń i mechanizmów psychicznych (poznawczych i emocjonalnych). Autor przedstawił teorię, która łączy myślenie o rozwoju obrazu ciała z jednoczesnym uwzględnieniem czynników, które mogą prowadzić do zaburzeń. Jego zdaniem Ja cielesne kształtuje się w relacji z opiekunem od pierwszych chwil życia, przy czym najważniejsze etapy jego rozwoju zachodzą do 3. r.ż. dziecka. Powtarzające się negatywne doświadczenia z okresu wczesnodziecięcej relacji z opiekunem mogą się stać przyczyną zaburzeń w obszarze obrazu ciała rozumianego jako stabilna i spójna reprezentacja mentalna własnej cielesności obejmująca wyobrażenia dotyczące własnego ciała i doświadczenia zmysłowe różnych modalności. Gdy opiekun jest emocjonalnie niedostępny lub nie dostrzega indywidualności dziecka, może ono wówczas doświadczać trudności, by poczucie własnego ciała włączyć w poczucie samego siebie.

Wydaje się, że trudności w zaadaptowaniu się do zmian wywołanych ciążą mogą wynikać z deficytów w obszarze stabilnego Ja cielesnego, które są wynikiem zaburzonych relacji z opiekunem. Ponadto zdaniem Kruegera (2002) osoby, którym brakuje spójnego i stabilnego Ja cielesnego, w dorosłym życiu koncentrują się

na poszukiwaniu partnera pełniącego funkcję pierwotnego opiekuna, który przejmuje funkcje wewnętrznych mechanizmów regulacyjnych. Można zatem przypuszczać, że negatywny obraz ciała kobiet w ciąży wiąże się z ich relacją z rodzicami i z partnerem. Współczesne teorie rozwoju obrazu ciała wskazują, iż kształtuje się on w ciągu całego życia. Matryca obrazu ciała utworzona w najwcześniejszym okresie rozwoju ulega dalszej modyfikacji w kontaktach danej osoby z rówieśnikami, w jej relacji z kulturą i związanymi z nią wymogami (np. wpływem mediów propagujących nierealistyczne i nieosiągalne dla większości kobiet kształty sylwetki) (Brytek-Matera, 2008; Głębocka, 2009; Mirucka, Sakson-Obada, 2013; Ricciardelli, Yager, 2016).

To, w jaki sposób relacje z rodzicami przekładają się na relacje z partnerem, wyjaśnia teoria systemów rodzinnych Murraya Bowena (2004). Zdaniem autora zdolność rozróżniania między procesami emocjonalnymi i intelektualnymi odzwierciedla się w umiejętności budowania relacji, które zapewniają możliwość zaspokojenia zarówno potrzeby bliskości, jak i potrzeby autonomii. Jednostka o niskim stopniu zróżnicowania Ja swoją tożsamość określa na podstawie więzi z innymi, nie kontroluje swoich emocji, przez co w sytuacjach niepewności reaguje gwałtownie. Osoby o wysokim stopniu zróżnicowania Ja mogą doświadczać autentycznej bliskości w relacjach bez poczucia zagrożenia związanego z utratą własnej tożsamości. Rozróżniają one procesy poznawcze od emocjonalnych, przez co potrafią adekwatnie wyrażać swoje odczucia.

Bowen (2004) zakładał, że niski stopień zróżnicowania Ja kształtuje się w rodzinach, w których obserwuje się wysoki poziom chronicznego lęku. Powoduje on, że członkowie rodziny zacieśniają wzajemne więzi i izolują się od kontaktów z otoczeniem. Aby zachować stabilność, rodzina uruchamia jeden z czterech mechanizmów: dystans emocjonalny (fizyczne lub psychiczne odcięcie się od partnera), konflikt (negatywne emocje wywołane odmową spełnienia oczekiwań partnera, które występują naprzemiennie z okresami intensywnej bliskości wynikającymi z załagodzenia sytuacji), adap-

tacje służące zachowaniu autonomii (dostosowanie się do partnera przez rezygnację z części własnej autonomii, które może prowadzić do dysfunkcji, np. choroby) i triangulację (włączenie osoby trzeciej w relację między partnerami).

Stopień zróżnicowania Ja jest przekazywany z pokolenia na pokolenie. Rodzice o niskim poziomie zróżnicowania Ja projektują swój lęk na dziecko. W konsekwencji dziecku trudno jest w pełni oddzielić się od rodziny i w dorosłym życiu zbudować stabilną relację intymną (Bowen, 2004; Kriegerlewiec, 2012). Zwłaszcza że na partnera życiowego często bywa wybierana osoba o podobnym stopniu zróżnicowania Ja.

Wydaje się, że tezy Bowena dotyczące interakcji między rodzicami a ich dziećmi można również odnieść do stosunku ciężarnej kobiety do płodu. Przyszła matka buduje więź z dzieckiem od pierwszych miesięcy ciąży (Bielawska-Batorowicz, 1995) i już w okresie prenatalnym tworzy psychiczną reprezentację potomka rozumianą jako „wewnętrzny obraz zawierający przekonania o jego potrzebach, preferencjach, osobowości dziecka oraz ocenę postrzeganych jego cech, zachowań, emocjonalny stosunek do dziecka” (Gracka-Tomaszewska, 2006, s. 194). Sposób postrzegania dziecka naznaczony jest przy tym rolą, jaką rodzice przypisują dziecku w systemie rodzinnym (Brazelton, Cramer, 1990; Schier, 2014). Relacje rodzinne matki mogą zatem znajdować swoje odzwierciedlenie w obrazie wewnętrznym dziecka, który tworzy. Zwłaszcza że reprezentacja dziecka oprócz wyobrażeń na jego temat zawiera również obraz siebie jako matki, reprezentację ojca dziecka oraz reprezentację matki ciężarnej kobiety (Gracka-Tomaszewska, 2006). Jeśli własna matka budziła w kobiecie lęk lub złość, trudniej jej zbudować relację zarówno z dzieckiem, jak i z własnym, macierzyńskim ciałem. Negatywne uczucia do własnej matki, które aktualizują się w okresie ciąży, mogą zostać nieświadomie przeniesione na płód i ciało, w którym się rozwija (Topór-Pamuła, 2009; Winnicott, 1953/1975). Wyniki badań dowodzą też, że istnieje zależność między obrazem partnera jako kompetentnego rodzica a pewnością siebie w roli matki i niższym poziomem lęku o zdrowie i rozwój dziecka (Andrasiak, Gracka-Tomaszewska, 2009).

## PROBLEM BADAWCZY

W kontekście zaprezentowanych doniesień teoretycznych i empirycznych podjęto próbę scharakteryzowania związku między obrazem ciała ciężarnej kobiety a jej postrzeganymi relacjami z rodzicami, partnerem oraz nienarodzonym dzieckiem.

Ze względu na ograniczoność projektu w prowadzonych analizach nie wzięto pod uwagę zmiennych odnoszących się do kontekstu społeczno-kulturowego. Autorki mają przy tym świadomość, że ma on znaczący wpływ na proces kształtowania się obrazu ciała (Cash, Smolak, 2011; Smolak, 2004). Przyjęty schemat badań nie zakładał analizy porównawczej z uwzględnieniem grupy kontrolnej ani metody badania podłużnego. W pracy skoncentrowano się na subiektywnym doświadczeniu ciała rozumianym jako stan.

## METODA BADANIA

Ponieważ wyniki badań empirycznych pokazują, że obraz ciała u kobiet w ciąży jest zjawiskiem złożonym, dlatego też celem badań własnych była analiza różnych jego wymiarów z wykorzystaniem różnorodnych metod badawczych. Opisywanie obrazu ciała u ciężarnych kobiet w wąskim zakresie zmiennych może być przyczyną rozbieżności w wynikach badań odnoszących się do satysfakcji z obrazu własnego ciała.

W badaniach wykorzystano Ankiętę skonstruowaną na potrzeby badania, Skalę Oceny Ciała, Drezdeński Kwestionariusz do Badania Obrazu Ciała, Kwestionariusz Relacji oraz Ryzykowny Test Obrazu Ciała „Nagusek”.

Ankieta zawierała pytania odnośnie do danych socjodemograficznych, ciąży (planowana/nieplanowana, przebieg prawidłowy/niepokojący), relacji z partnerem (pozostawianie/niepozostawianie w stałym związku, długość pozostawania w stałym związku, wsparcie/brak wsparcia partnera). W ankiecie zamieszczono również pytanie otwarte: „Wiele kobiet w ciąży wyobraża sobie, jakie będzie ich dziecko. Proszę pomyśleć o dziecku, którego się Pani spodziewa, a następnie opisać w kilku zdaniach myśli, jakie

przychodzą Pani do głowy”. Celem tego pytania było uzyskanie informacji na temat reprezentacji nienarodzonego dziecka, jaką posiada ciężarna kobieta. Przy jego konstrukcji wykorzystano doświadczenia innych badaczy zajmujących się problematyką reprezentacji psychicznej dziecka w umyśle matki (Chyłek, 2010). Odpowiedzi na powyższe pytanie poddano semantycznej analizie narracji (Janusz, Gdowska, de Barbaro, 2008). W rezultacie wyodrębniono siedem oddzielnych kategorii opisujących reprezentację dziecka posiadaną przez ciężarną kobietę: Zdrowie (ujawniane pragnienie, by dziecko było zdrowe przy braku jego zindywidualizowanego opisu); Niemowlęctwo (pozytywny opis dziecka w tym okresie); Podobieństwo (do jednego z rodziców); Wychowanie (właściwości dziecka wynikające z określonego sposobu wychowania); Uczucia matki (i jej potrzeby); Negatywny opis dziecka; Idealizacja. Większość badanych osób stworzyła złożone opisy dzieci, które można było przypisać do więcej niż jednej kategorii. Skorzystano z procedury sędziów kompetentnych, którzy otrzymali instrukcję z prośbą o dopasowanie każdej wypowiedzi do jednej lub więcej kategorii, wpisując ich numer w odpowiednią rubrykę na arkuszu odpowiedzi.

Skala Oceny Ciała (Body Esteem Scale) jest kwestionariuszem autorstwa Stephena Franzoiego i obejmuje trzy wymiary obrazu ciała: Atrakcyjność seksualną, Kontrolę wagi ciała oraz Kondycję fizyczną. Wysokie wyniki uzyskane na poszczególnych skalach świadczą o wysokim zadowoleniu z danego aspektu cielesności. W badaniach własnych posłużono się polską wersją narzędzia przetłumaczoną przez Agatę Rakfalską i Katarzynę Schier (2008). Narzędzie to uzyskało bardzo dobre właściwości psychometryczne – alpha Cronbacha było równe .945.

Drezdeńskiego Kwestionariusza do Badania Obrazu Ciała (Dresdener Körperbildfragebogen – DKB-43) autorstwa Karin Pöhlmann, Paula Thiela i Petera Joraschky (DKB-35; Thiel, 2007) używano w polskim opracowaniu Jana Borowicza, Katarzyny Schier, Włodzimierza Kaniowskiego i Olgi Kustry. Narzędzie to służy do oceny stosunku do własnego ciała na 5 skalach: Witalność, Samoakceptacja, Seksualność, Zwiększanie poczucia własnej wartości

oraz Kontakt fizyczny. Skala odpowiedzi jest pięciopunktowa: od 1 – wcale do 5 – całkowicie. Opisywane narzędzie uzyskało w badaniach własnych wysoką rzetelność – alpha Cronbacha wyniosło .931. Jedyne wyniki na skali Kontaktu fizycznego w badanej próbie mogą budzić wątpliwości ( $\alpha = .53$ ) i wymagają ostrożnych interpretacji. Zarówno Skali Oceny Ciała, jak i Drezdeńskiego Kwestionariusza do Badania Obrazu Ciała używano za zgodą autorów.

Rysunkowy Test Obrazu Ciała „Nagusek” jest projekcyjną metodą badania obrazu ciała stworzoną przez Katarzynę Schier (2005, 2008), a opartą na teście KBMT-K (Körperbild Maltest für Kinder – Test Rysunkowy Obrazu Ciała dla Dzieci) Michaela Güntera. Polega on na narysowaniu swojej nagiej sylwetki za pomocą kredek w 5 kolorach, którym przypisana jest określona symbolika oznaczająca stopień zadowolenia z poszczególnych części ciała (czerwony – bardzo zadowolony, żółty – zadowolony, czarny – neutralny, zielony – niezadowolony, niebieski – bardzo niezadowolony). W ten sposób uzyskane wyniki tworzą pięciostopniową skalę zadowolenia z własnego ciała (czerwony – wynik 5, żółty – 4, czarny – 3, zielony – 2, niebieski – 1). Użycie Rysunkowego Testu Obrazu Ciała „Nagusek” w badaniach własnych podyktowane było próbą oceny mniej świadomych aspektów cielesności. Dotarcie do takich aspektów obrazu ciała za pomocą metod kwestionariuszowych może się okazać niemożliwe ze względu na trudności w ich zwerbalizowaniu. Dotychczasowe badania z wykorzystaniem testu „Nagusek” potwierdziły, że narzędzie to pozwala na analizę danych jakościowych w sposób ilościowy i dostarcza takich informacji, których nie obejmują narzędzia samoopisowe. Poza tym uzyskane wyniki są w mniejszym stopniu obciążone zmienną próby społecznej, a badania Erbert i Kulbata (2005) ujawniły podwyższony poziom tej zmiennej w grupie ciężarnych kobiet w porównaniu z grupą kontrolną. Formalnym aspektem rysunku można nadać znaczenie psychologiczne, czego trafność znajduje swoje potwierdzenie w wynikach badań kwestionariuszowych (Schier, Topór-Pamuła, 2010; Topór, 2007). W opisywanych badaniach skoncentrowano się na tych aspektach rysunku, które wydają się mieć związek z doświadczaniem

swojego ciała w okresie ciąży: kolor użyty do narysowania piersi; sposób i kolor zaznaczenia brzucha. Sposób zaznaczenia brzucha uznano za zmienną czterostopniową i formalnym właściwościom rysunku przypisano wartości liczbowe: brak zaznaczenia ciążowego brzucha – wynik 0, zaznaczenie brzucha za pomocą konturu – 1, narysowanie nieokreślonego kształtu wewnątrz brzucha – 2, narysowanie płodu w jego wnętrzu – 3. Jeśli do zaznaczenia brzucha i/lub piersi użyto więcej niż jednego koloru, liczono wynik średni na podstawie wartości przypisanych poszczególnym kolorom. Warto przy tym zaznaczyć, że bardzo często osoba badana wykorzystywała kilka kolorów do narysowania jednej części ciała. Ten fakt pozwala na stwierdzenie, że test „Nagusek” dostarczył innych danych niż ocena kwestionariuszowa.

Kwestionariusz Relacji autorstwa Olgi Krieglewicz (2008) został wykorzystany do pomiaru stopnia zróżnicowania Ja oraz oceny postrzeganej relacji z rodzicami i partnerem. Jest on oparty na teorii Bowena. Wynik sumaryczny kwestionariusza szacuje ogólny Stopień zróżnicowania Ja. Poza tym kwestionariusz umożliwia pomiar takich zmiennych, jak Zależność uczuciowa („tendencja do emocjonalnego reagowania na wszelkie aspekty relacji z innymi osobami”, Krieglewicz, 2008, s. 73), Triangulacja z Poczuciem Odpowiedzialności za Rodziców (pełnienie funkcji pośrednika między rodzicami), Emocjonalne Odcięcie od Rodziców (wycyfywanie się z kontaktu z rodzicami), Autonomia (akceptowanie różnic między sobą i partnerem), Emocjonalne Odcięcie od Partnera (emocjonalne wycyfywanie się z relacji z partnerem), Zależność od Rodziców (trudność w rozpoznawaniu i wyrażaniu własnych odczuć w kontakcie z rodzicami), Fuzja z Partnerem (dążenie do zniwelowania odrębności w relacji). W wypadku całościowego wyniku kwestionariusza Stopnia zróżnicowania Ja, jak również skali Autonomii wyższy wynik ogólny wskazuje na niższy poziom danej zmiennej. W odniesieniu do pozostałych skal wyższy wynik oznacza większe nasilenie danego zjawiska. Zastosowane narzędzie kwestionariuszowe uzyskało wysoką rzetelność w odniesieniu do badanej próby – współczynnik alpha Cronbacha wyniósł .88.

## OSOBY BADANE

W badaniu wzięły udział 144 kobiety w trzecim trymestrze pierwszej ciąży (powyżej 27 tygodnia ciąży). Z powodu braku części danych do ostatecznej analizy włączono 116 kobiet. Większość z nich stanowiły uczestniczki warszawskich szkół rodzenia biorące udział w zajęciach w 2011 roku. Ich średnia wieku wynosiła 29 lat przy odchyleniu standardowym 3.6. 91% zbadanych kobiet deklarowało wykształcenie wyższe, 9% – wykształcenie średnie. Prawie 83% osób badanych mieszkało w dużym mieście (powyżej 100 tys. mieszkańców). Porównując dane socjodemograficzne zbadanej grupy z ogólnopolską populacją kobiet decydujących się na pierwsze dziecko (*Rocznik Demograficzny*, 2011), można stwierdzić, że w próbie badawczej wystąpiła nadreprezentacja kobiet z wyższym wykształceniem mieszkających w mieście. Ważną informacją o badanej grupie jest to, że 84% uczestniczek badania planowało poczęcie i żadna z nich nie zadeklarowała, że jej ciąża ma nieprawidłowy przebieg. Odnotować należy również, że wszystkie osoby badane pozostawały w stałym związku trwającym od 7 miesięcy do 16 lat (jego średnia długość wynosiła 5.98 lat przy odchyleniu standardowym 3.56) i prawie wszystkie (96.5%) deklarowały otrzymywanie wsparcia od partnera.

## WYNIKI

Do właściwej analizy zakwalifikowano 116 kobiet, które w teście „Nagusek” narysowały piersi i na podstawie koloru można było ocenić ich stopień zadowolenia z tej części ciała.

W celu scharakteryzowania badanej grupy pod kątem obrazu ciała zdecydowano się przeprowadzić analizę skupień obejmującą: Atrakcyjność seksualną, Kontrolę wagi ciała oraz Kondycję fizyczną (podskale Skali Oceny Ciała), Witalność, Samoakceptację, Seksualność, Zwiększanie poczucia własnej wartości oraz Kontakt fizyczny (podskale Drezdeńskiego Kwestionariusza do Badania Obrazu Ciała), a także wskaźniki uzyskane dzięki Rysunkowemu Testowi Badania Obrazu Ciała „Nagusek” –

kolor użyty do narysowania piersi; sposób i kolor zaznaczenia brzucha. Następnie porównano uzyskane skupienia w zakresie Stopnia zróżnicowania Ja, Zależności uczuciowej, Triangulacji z Poczuciem Odpowiedzialności za Rodziców, Emocjonalnego Odcięcia od Rodziców, Autonomii, Emocjonalnego Odcięcia od Partnera, Zależności od Rodziców, Fuzji z Partnerem (Kwestionariusz Relacji) oraz kategorii opisu nienarodzonego dziecka.

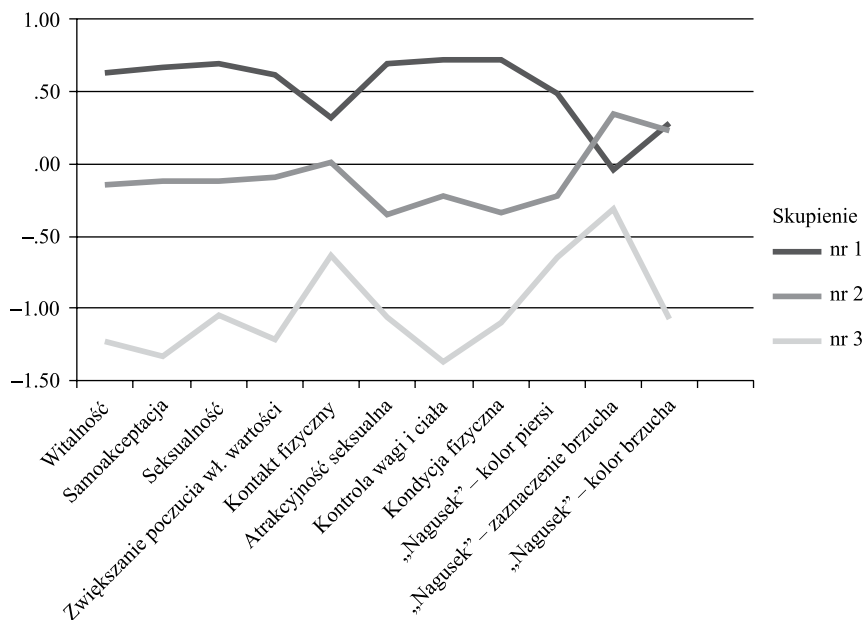
Analizę skupień przeprowadzono za pomocą metody k-średnich. Wyodrębniono trzy skupienia. Ostateczne centra skupień przedstawiono na rysunku 1.

W pierwszym skupieniu (n = 48) znalazły się osoby, które charakteryzowały się podwyższonymi wartościami wskaźników obrazu ciała z wyjątkiem wskaźnika zaznaczenie brzucha w teście „Nagusek”, dla którego otrzymano wartość przeciętną. W drugim skupieniu (n = 49) znalazły się osoby, które charakteryzowały się przeciętnym poziomem wskaźników obrazu ciała z metod kwestionariuszowych oraz przeciętnym poziomem wskaźników z testu

„Nagusek”. W trzecim skupieniu znalazły się osoby (n = 19), które charakteryzowały się niskim poziomem Witalności, Samoakceptacji, Seksualności, Zwiększania poczucia własnej wartości, Poczucia własnej atrakcyjności seksualnej, Kontroli wagi ciała i Kondycji fizycznej oraz obniżonymi wartościami wskaźników: kolor piersi i kolor brzucha z testu „Nagusek”.

W tabeli 1 przedstawiono wystandaryzowane wartości wskaźników obrazu ciała w wyodrębnionych skupieniach wraz z poziomem prawdopodobieństwa. Znotowano istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie wszystkich wskaźników obrazu ciała, uwidocznione w materiale otrzymanym od wszystkich osób badanych niezależnie od skupienia.

W tabeli 2 przedstawiono porównanie średnich wartości wskaźników zróżnicowania Ja oraz podskal Kwestionariusza Relacji w trzech wyodrębnionych skupieniach. Zestawienie uzupełniono wynikami jednoczynnikowej analizy wariancji. Znotowano istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie ogólnego poziomu zróżnicowania Ja, triangulacji z po-



Rysunek.1. Ostateczne centra skupień otrzymane za pomocą metody k-średnich

Tabela 1. Ostateczne centra skupień wraz z testem istotności statystycznej

Wskaźnik obrazu ciała		Skupienie			F	df	p																																																																																																																				
		nr 1	nr 2	nr 3																																																																																																																							
		n = 48	n = 49	n = 19																																																																																																																							
Witalność	M	.63	-1.22	-.15	46.01***	2.113	.001																																																																																																																				
	SD	.61	.77	.81				Samoakceptacja	M	.66	-1.32	-.12	54.57***	2.113	.001	SD	.52	.96	.76	Seksualność	M	.69	-1.05	-.11	32.92***	2.113	.001	SD	.63	1.04	.88	Zwiększanie poczucia własnej wartości	M	.62	-1.22	-.10	39.41***	2.113	.001	SD	.80	.81	.73	Kontakt fizyczny	M	.32	-.63	.01	7.50**	2.113	.001	SD	.79	1.03	.97	Atrakcyjność seksualna	M	.69	-1.05	-.35	45.41***	2.113	.001	SD	.78	.82	.67	Kontrola wagi ciała	M	.72	-1.37	-.22	78.25***	2.113	.001	SD	.61	.60	.66	Kondycja fizyczna	M	.72	-1.10	-.33	51.33***	2.113	.001	SD	.74	.69	.71	„Nagusek” – kolor piersi	M	.49	-.65	-.23	13.25***	2.113	.001	SD	.71	1.14	.98	„Nagusek” – zaznaczenie brzucha	M	-.03	-.32	.35	3.95*	2.113	.022	SD	.98	.89	.95	„Nagusek” – kolor brzucha	M	.29	-1.08	.23	20.40***	2.113	.001
Samoakceptacja	M	.66	-1.32	-.12	54.57***	2.113	.001																																																																																																																				
	SD	.52	.96	.76				Seksualność	M	.69	-1.05	-.11	32.92***	2.113	.001	SD	.63	1.04	.88	Zwiększanie poczucia własnej wartości	M	.62	-1.22	-.10	39.41***	2.113	.001	SD	.80	.81	.73	Kontakt fizyczny	M	.32	-.63	.01	7.50**	2.113	.001	SD	.79	1.03	.97	Atrakcyjność seksualna	M	.69	-1.05	-.35	45.41***	2.113	.001	SD	.78	.82	.67	Kontrola wagi ciała	M	.72	-1.37	-.22	78.25***	2.113	.001	SD	.61	.60	.66	Kondycja fizyczna	M	.72	-1.10	-.33	51.33***	2.113	.001	SD	.74	.69	.71	„Nagusek” – kolor piersi	M	.49	-.65	-.23	13.25***	2.113	.001	SD	.71	1.14	.98	„Nagusek” – zaznaczenie brzucha	M	-.03	-.32	.35	3.95*	2.113	.022	SD	.98	.89	.95	„Nagusek” – kolor brzucha	M	.29	-1.08	.23	20.40***	2.113	.001	SD	.74	1.13	.78								
Seksualność	M	.69	-1.05	-.11	32.92***	2.113	.001																																																																																																																				
	SD	.63	1.04	.88				Zwiększanie poczucia własnej wartości	M	.62	-1.22	-.10	39.41***	2.113	.001	SD	.80	.81	.73	Kontakt fizyczny	M	.32	-.63	.01	7.50**	2.113	.001	SD	.79	1.03	.97	Atrakcyjność seksualna	M	.69	-1.05	-.35	45.41***	2.113	.001	SD	.78	.82	.67	Kontrola wagi ciała	M	.72	-1.37	-.22	78.25***	2.113	.001	SD	.61	.60	.66	Kondycja fizyczna	M	.72	-1.10	-.33	51.33***	2.113	.001	SD	.74	.69	.71	„Nagusek” – kolor piersi	M	.49	-.65	-.23	13.25***	2.113	.001	SD	.71	1.14	.98	„Nagusek” – zaznaczenie brzucha	M	-.03	-.32	.35	3.95*	2.113	.022	SD	.98	.89	.95	„Nagusek” – kolor brzucha	M	.29	-1.08	.23	20.40***	2.113	.001	SD	.74	1.13	.78																				
Zwiększanie poczucia własnej wartości	M	.62	-1.22	-.10	39.41***	2.113	.001																																																																																																																				
	SD	.80	.81	.73				Kontakt fizyczny	M	.32	-.63	.01	7.50**	2.113	.001	SD	.79	1.03	.97	Atrakcyjność seksualna	M	.69	-1.05	-.35	45.41***	2.113	.001	SD	.78	.82	.67	Kontrola wagi ciała	M	.72	-1.37	-.22	78.25***	2.113	.001	SD	.61	.60	.66	Kondycja fizyczna	M	.72	-1.10	-.33	51.33***	2.113	.001	SD	.74	.69	.71	„Nagusek” – kolor piersi	M	.49	-.65	-.23	13.25***	2.113	.001	SD	.71	1.14	.98	„Nagusek” – zaznaczenie brzucha	M	-.03	-.32	.35	3.95*	2.113	.022	SD	.98	.89	.95	„Nagusek” – kolor brzucha	M	.29	-1.08	.23	20.40***	2.113	.001	SD	.74	1.13	.78																																
Kontakt fizyczny	M	.32	-.63	.01	7.50**	2.113	.001																																																																																																																				
	SD	.79	1.03	.97				Atrakcyjność seksualna	M	.69	-1.05	-.35	45.41***	2.113	.001	SD	.78	.82	.67	Kontrola wagi ciała	M	.72	-1.37	-.22	78.25***	2.113	.001	SD	.61	.60	.66	Kondycja fizyczna	M	.72	-1.10	-.33	51.33***	2.113	.001	SD	.74	.69	.71	„Nagusek” – kolor piersi	M	.49	-.65	-.23	13.25***	2.113	.001	SD	.71	1.14	.98	„Nagusek” – zaznaczenie brzucha	M	-.03	-.32	.35	3.95*	2.113	.022	SD	.98	.89	.95	„Nagusek” – kolor brzucha	M	.29	-1.08	.23	20.40***	2.113	.001	SD	.74	1.13	.78																																												
Atrakcyjność seksualna	M	.69	-1.05	-.35	45.41***	2.113	.001																																																																																																																				
	SD	.78	.82	.67				Kontrola wagi ciała	M	.72	-1.37	-.22	78.25***	2.113	.001	SD	.61	.60	.66	Kondycja fizyczna	M	.72	-1.10	-.33	51.33***	2.113	.001	SD	.74	.69	.71	„Nagusek” – kolor piersi	M	.49	-.65	-.23	13.25***	2.113	.001	SD	.71	1.14	.98	„Nagusek” – zaznaczenie brzucha	M	-.03	-.32	.35	3.95*	2.113	.022	SD	.98	.89	.95	„Nagusek” – kolor brzucha	M	.29	-1.08	.23	20.40***	2.113	.001	SD	.74	1.13	.78																																																								
Kontrola wagi ciała	M	.72	-1.37	-.22	78.25***	2.113	.001																																																																																																																				
	SD	.61	.60	.66				Kondycja fizyczna	M	.72	-1.10	-.33	51.33***	2.113	.001	SD	.74	.69	.71	„Nagusek” – kolor piersi	M	.49	-.65	-.23	13.25***	2.113	.001	SD	.71	1.14	.98	„Nagusek” – zaznaczenie brzucha	M	-.03	-.32	.35	3.95*	2.113	.022	SD	.98	.89	.95	„Nagusek” – kolor brzucha	M	.29	-1.08	.23	20.40***	2.113	.001	SD	.74	1.13	.78																																																																				
Kondycja fizyczna	M	.72	-1.10	-.33	51.33***	2.113	.001																																																																																																																				
	SD	.74	.69	.71				„Nagusek” – kolor piersi	M	.49	-.65	-.23	13.25***	2.113	.001	SD	.71	1.14	.98	„Nagusek” – zaznaczenie brzucha	M	-.03	-.32	.35	3.95*	2.113	.022	SD	.98	.89	.95	„Nagusek” – kolor brzucha	M	.29	-1.08	.23	20.40***	2.113	.001	SD	.74	1.13	.78																																																																																
„Nagusek” – kolor piersi	M	.49	-.65	-.23	13.25***	2.113	.001																																																																																																																				
	SD	.71	1.14	.98				„Nagusek” – zaznaczenie brzucha	M	-.03	-.32	.35	3.95*	2.113	.022	SD	.98	.89	.95	„Nagusek” – kolor brzucha	M	.29	-1.08	.23	20.40***	2.113	.001	SD	.74	1.13	.78																																																																																												
„Nagusek” – zaznaczenie brzucha	M	-.03	-.32	.35	3.95*	2.113	.022																																																																																																																				
	SD	.98	.89	.95				„Nagusek” – kolor brzucha	M	.29	-1.08	.23	20.40***	2.113	.001	SD	.74	1.13	.78																																																																																																								
„Nagusek” – kolor brzucha	M	.29	-1.08	.23	20.40***	2.113	.001																																																																																																																				
	SD	.74	1.13	.78																																																																																																																							

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; df – liczba stopni swobody; p – istotność statystyczna; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

czuciem odpowiedzialności za rodziców, autonomii, emocjonalnego odciążenia się od partnera oraz zależności od rodziców.

Na podstawie testu post-hoc Gabriela stwierdzono, że istnieje istotna statystycznie różnica

w zakresie ogólnego poziomu zróżnicowania Ja między grupą osób ze skupienia 1 a grupą kobiet ze skupienia 2 ( $p = .001$ ) i grupą osób ze skupienia 3 ( $p = .002$ ). Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic między grupą osób ze sku-



pienia 2 a grupą kobiet ze skupienia 3 ( $p = .857$ ). Średnia wartość wskaźnika ogólnego poziomu zróżnicowania Ja była niższa w grupie osób ze skupienia 1 niż w grupie kobiet ze skupienia 2 i w grupie osób ze skupienia 3 (por. rysunek 2).

Opierając się teście post-hoc Gabriela stwierdzono, że istotna statystycznie różnica w zakresie triangulacji z poczuciem odpowiedzialności za rodziców zachodzi między grupą osób ze skupienia 1 a grupą kobiet ze skupienia 2 ( $p = .013$ ) i grupą osób ze skupienia 3 ( $p = .039$ ). Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic

między grupą kobiet ze skupienia 3 a osobami ze skupienia 2 ( $p = .773$ ). Średnia wartość wskaźnika triangulacji z poczuciem odpowiedzialności za rodziców była niższa w grupie osób ze skupienia 1 niż w grupie kobiet ze skupienia 2 i 3 (por. rysunek 3).

Na podstawie testu post-hoc Gabriela stwierdzono, że istotna statystycznie różnica w zakresie autonomii występuje między grupą osób ze skupienia 1 a grupą osób ze skupienia 2 ( $p = .002$ ) i grupą osób ze skupienia 3 ( $p = .007$ ). Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic

Tabela 2. Porównanie wartości wskaźników zróżnicowania Ja w trzech wyodrębnionych skupieniach wraz z testem istotności różnic

Wskaźnik		Skupienie			F	df	p
		nr 1	nr 2	nr 3			
		n = 48	n = 49	n = 19			
Niski stopień zróżnicowania Ja	M	2.62	2.90	2.97	9.25***	2.113	.001
	SD	.39	.34	.39			
Zależność uczuciowa	M	3.42	3.66	3.82	2.52	2.113	.085
	SD	.74	.59	.91			
Triangulacja z poczuciem odpowiedzialności za rodziców	M	3.11	3.53	3.58	5.32**	2.113	.006
	SD	.70	.70	.72			
Emocjonalne odcięcie od rodziców	M	2.16	2.39	2.44	1.41	2.113	.248
	SD	.74	.79	.84			
Niska autonomia	M	2.16	2.50	2.56	7.71**	2.113	.001
	SD	.51	.47	.51			
Emocjonalne odcięcie od partnera	M	1.86	2.21	2.41	7.45**	2.113	.001
	SD	.47	.60	.83			
Zależność od rodziców	M	2.23	2.51	2.51	3.13*	2.113	.048
	SD	.60	.60	.57			
Fuzja z partnerem	M	3.33	3.35	3.29	.05	2.113	.950
	SD	.61	.69	.76			

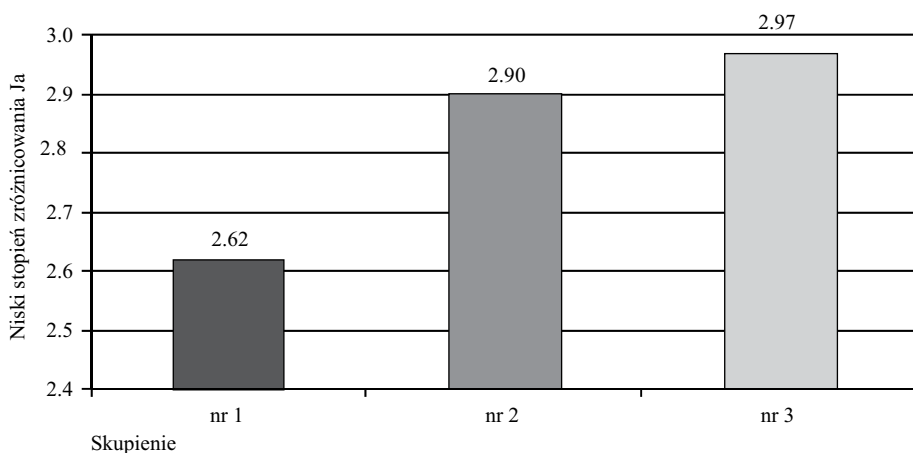
M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; df – liczba stopni swobody; p – istotność statystyczna; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

pomiędzy grupą osób ze skupienia 2 a grupą osób ze skupienia 3 ( $p = .960$ ). Średnia wartość wskaźnika autonomii była niższa w grupie osób ze skupienia 1 niż w grupie osób ze skupienia 2 i w grupie osób ze skupienia 3 (por. rysunek 4).

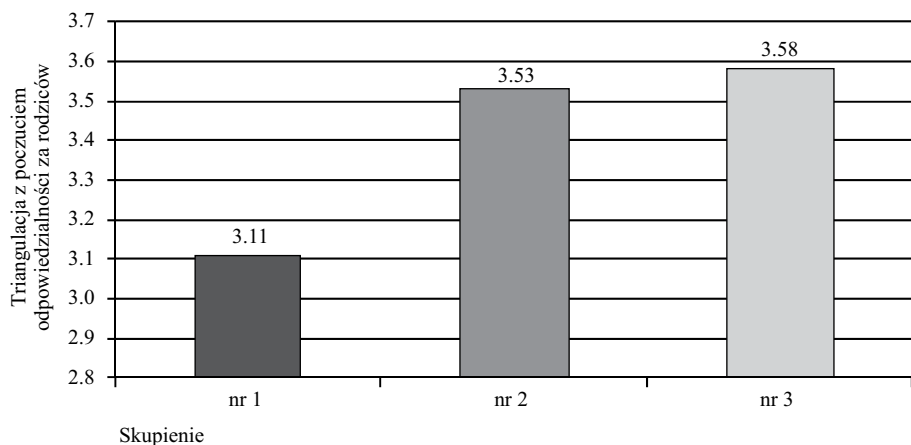
Na podstawie testu post-hoc Gabriela stwierdzono, że istotna statystycznie różnica w zakresie emocjonalnego odcięcia się od partnera pojawia się między osobami ze skupienia 1 a grupą kobiet ze skupienia 2 ( $p = .005$ ) i grupą

osób ze skupienia 3 ( $p = .029$ ). Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic między osobami ze skupienia 3 a grupą kobiet ze skupienia 2 ( $p = .605$ ). Średnia wartość wskaźnika emocjonalnego odcięcia się od partnera była niższa w grupie osób ze skupienia 1 niż wśród kobiet ze skupienia 2 i grupie osób ze skupienia 3 (por. rysunek 5).

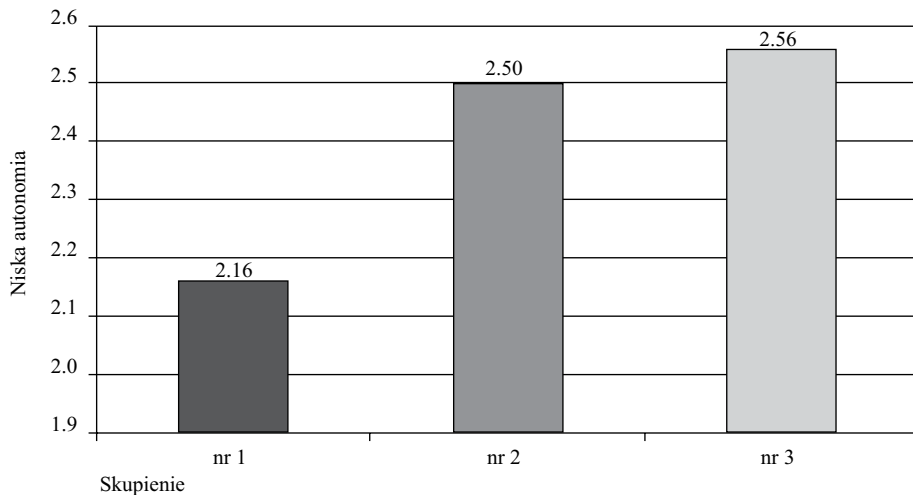
Na podstawie testu post-hoc Gabriela stwierdzono, że zbliżona do istotności statystycz-



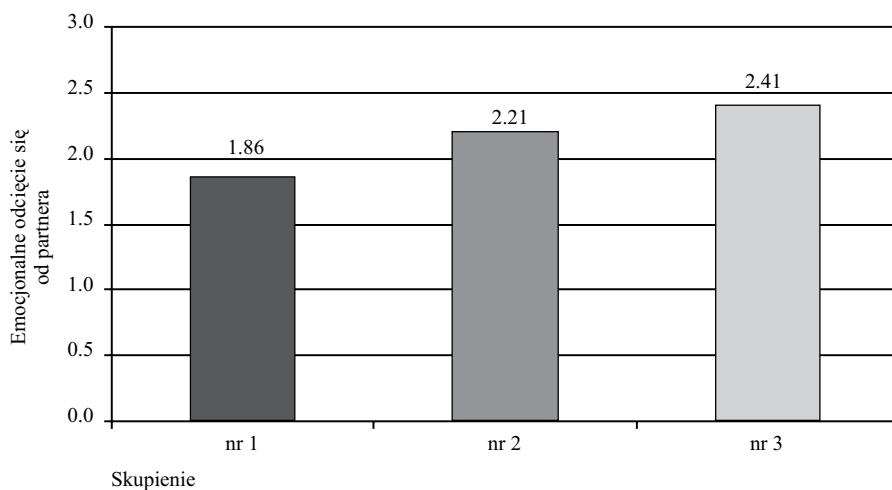
Rysunek 2. Średnie wartości ogólnego wskaźnika stopnia zróżnicowania Ja w wyodrębnionych skupieniach



Rysunek 3. Średnie wartości triangulacji z poczuciem odpowiedzialności za rodziców w wyodrębnionych skupieniach



Rysunek 4. Średnie wartości niskiej autonomii w wyodrębnionych skupieniach

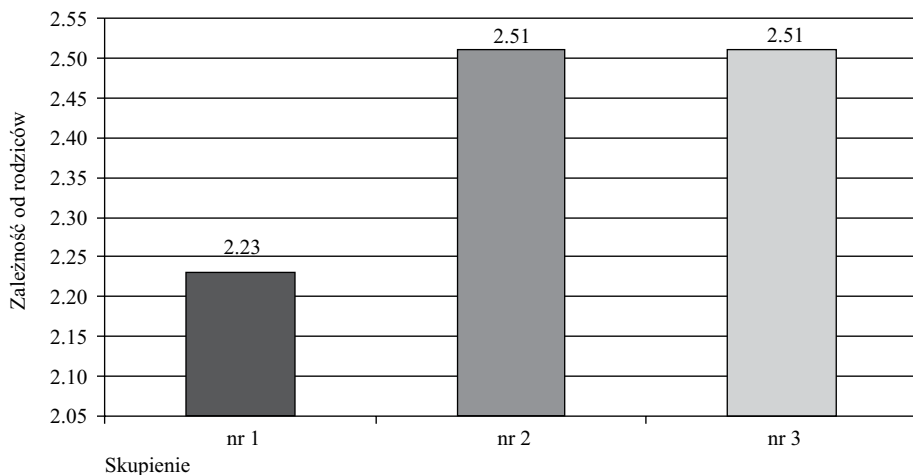


Rysunek 5. Średnie wartości emocjonalnego odcięcia się od partnera w wyodrębnionych skupieniach

nej różnica w zakresie zależności od rodziców występuje między osobami ze skupienia nr 1 a grupą kobiet ze skupienia nr 2 ( $p = .065$ ). Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic między grupą osób ze skupienia nr 3 a kobietami ze skupienia nr 1 ( $p = .211$ ) ani grupą osób ze skupienia nr 2 ( $p = .999$ ). Średnia wartość zależności od rodziców była wyższa w grupie kobiet ze skupienia nr 2 niż w grupie osób ze skupienia nr 1 (por. rysunek 6).

W tabeli 3 przedstawiono rozkład częstości dla poszczególnych kategorii opisu dziecka w grupie osób ze skupienia 1, 2 lub 3. Zestawienie uzupełniono wynikami testu  $\chi^2$ .

Zanotowano istotną statystycznie zależność między przynależnością do jednego z analizowanych skupień a postrzeganiem dziecka przez pryzmat zdrowia. Ta kategoria występowała najczęściej w grupie osób ze skupienia 2, a najrzadziej – wśród kobiet ze skupienia 1



Rysunek 6. Średnie wartości poziomu zależności od rodziców w wyodrębnionych skupieniach

Tabela 3. Rozkład częstości – kategorie reprezentacji dziecka w grupie osób ze skupienia nr 1, nr 2 lub nr 3 wraz z testem istotności statystycznej

Kategoria	Skupienie						$\chi^2$	df	p
	nr 1		nr 2		nr 3				
	n	%	n	%	n	%			
<b>Zdrowie</b>	3	6.4	9	50.0	8	17.0	16.92***	2	.001
<b>Niemowlęstwo</b>	19	40.4	5	27.8	15	31.9	1.22	2	.544
<b>Podobieństwo</b>	16	34.0	5	27.8	19	40.4	1.01	2	.605
<b>Wychowanie</b>	10	21.3	5	27.8	15	31.9	1.37	2	.505
<b>Uczucia matki</b>	17	36.2	3	16.7	8	17.0	5.39	2	.068
<b>Negatywny opis dziecka</b>	0	0	0	0	1	2.1	1.39	2	.498
<b>Idealizacja</b>	6	12.8	3	16.7	4	8.5	.95	2	.622

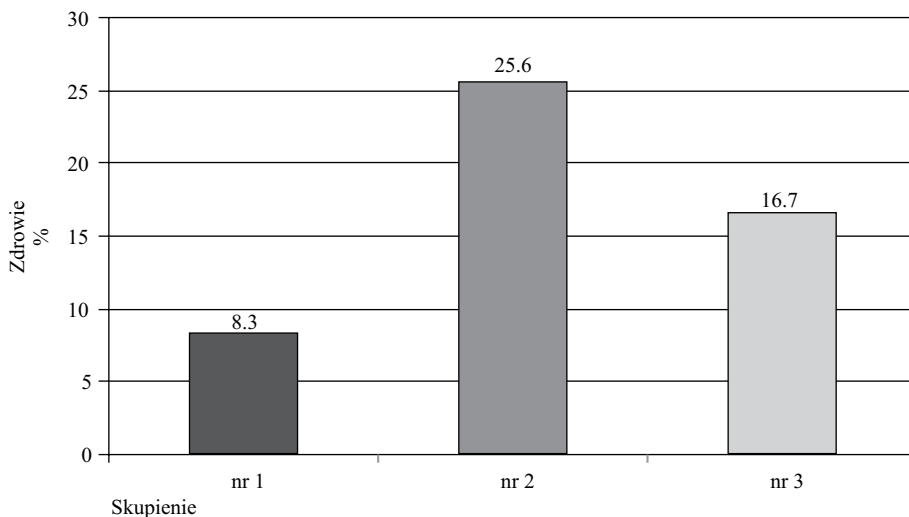
n – liczba osób; % - procent grupy;  $\chi^2$  – statystyka testowa; df – liczba stopni swobody; p – istotność statystyczna; \*\*\* p<.001.

(por. rysunek 7). Z uwagi jednak na małą liczbę osób w poszczególnych kategoriach powyższy wynik należy traktować z dużą ostrożnością.

## DYSKUSJA WYNIKÓW

Przeprowadzone analizy ujawniły istnienie trzech skupień osób badanych w zakresie wyników otrzymanych na skalach do badania obrazu

ciała. W pierwszym ( $n = 48$ ) znalazły się ciężarne kobiety, które czują się sprawne i atrakcyjne. W drugim skupieniu ( $n = 49$ ) znalazły się kobiety przeciętnie zadowolone ze swojego ciała i jego funkcji, które odczuwają relatywnie wysoką satysfakcję ze swojego brzucha oraz szczególnie często zaznaczają płód w jego wnętrzu. Trzecie skupienie ( $n = 19$ ) opisuje osoby badane, które można scharakteryzować jako niezadowolone z własnego ciężarnego ciała.



Rysunek 7. Procentowy rozkład częstości – kategoria zdrowia w relacjach z dzieckiem w porównywalnych skupieniach

Ciekawych informacji odnośnie do wyodrębnionych skupień dostarczają ich porównania w zakresie stopnia zróżnicowania Ja i reprezentacji dziecka. Wynika z nich, że ciężarne kobiety ze skupienia 1 wykazują się wyższym stopniem zróżnicowania Ja i wyższą autonomią w porównaniu z osobami z pozostałych dwóch skupień (niższy wynik tych zmiennych mówi o większym ich natężeniu). Kobiety przynależące do skupienia 1 charakteryzowały się również niższym poziomem triangulacji z poczuciem odpowiedzialności za rodziców, niższym poziomem emocjonalnego odcięcia się od partnera w porównaniu z osobami ze skupienia numer 2 i 3 oraz niższą zależnością od rodziców w porównaniu z kobietami ze skupienia 2. Najbardziej też tworzyły reprezentację dziecka opartą wyłącznie na zdrowiu, pozbawioną jego indywidualnych charakterystyk. Na podstawie uzyskanych rezultatów można powiedzieć, że kobiety, które dobrze czują się w swoim „ciążarnym” ciele, potrafią funkcjonować w relacjach jako osoby niezależne. Ich reprezentacja psychiczna dziecka jest w mniejszym stopniu związana z obawami dotyczącymi jego zdrowia.

Kobiety tworzące skupienie 2 i 3 w porównaniu z osobami ze skupienia 1 charakte-

ryzują się obniżonym stopniem zróżnicowania Ja, mniejszą autonomią, nasiloną tendencją do triangulacji z poczuciem odpowiedzialności za rodziców, emocjonalnego odcięcia się od partnera. Wydaje się, że osoby te mogą doświadczać trudności w budowaniu takich relacji intymnych, które zaspokajałyby zarówno potrzebę bliskości, jak i autonomii. Być może z jednej strony mają one skłonność do zależności emocjonalnej od rodziców, brania odpowiedzialności za ich relację, a z drugiej – do izolowania świata własnych intymnych przeżyć od partnera.

Kobiety ze skupienia numer 2 wyrażały relatywnie duże zadowolenie ze swojego brzucha i szczególnie często zaznaczały płód w jego wnętrzu. W kontekście pozostałych charakterystyk dotyczących stopnia zróżnicowania Ja można się zastanawiać, czy zadowolenie ze swojego brzucha nie wynikało w tej grupie badanych z pewnej kompensacji. Ciąża jest okresem, w którym można doświadczyć wyjątkowego poczucia bliskości w relacji z partnerem i nienarodzonym dzieckiem. Pozytywna ocena brzucha może mieć związek z tym, że jest on niejako „zaangażowany” w relację z dzieckiem (i pośrednio jego ojcem). Negatywna ocena innych części ciała może być wyrazem braku

stabilnego poczucia własnej wartości. Warto przy tym zauważyć, że w omawianej grupie kobiet najczęściej występowały przypadki narracji niezawierających opisu dziecka w ogóle lub odnoszących się jedynie do kategorii zdrowia. Taki sposób postrzegania nienarodzonego dziecka może się wiązać ze znaczącym poziomem lęku, utrudniającym zobaczenie go jako odrębnej osoby obdarzonej indywidualnymi właściwościami (Gracka-Tomaszewska, 2014; Chyłek, 2010). Oczywiście skoncentrowanie na zdrowiu dziecka i związany z nim lęk może wynikać z wcześniejszych doświadczeń kobiety – choroby lub śmierci dziecka i bliskich osób, czyli dotyczyć procesu nieprzepracowanej żałoby psychicznej po stracie. Ogólnie jednak wydaje się, że uzyskane rezultaty potwierdzają tezę Bowena (2004), który uważał, że niski stopień zróżnicowania Ja łączy się z wysokim poziomem lęku ujawniającym się również w kontakcie z dzieckiem.

Badane ze skupienia 3 przejawiały niezadowolenie z różnych części i funkcji swojego ciała, także tych, które związane są z macierzyństwem. W literaturze przedmiotu (Kornas-Biela, 1993; Kościelska, 1998) zwraca się uwagę na to, że kobieta, tworząc reprezentacje siebie jako matki, aktualizuje swoje wczesnodziecięce doświadczenia z rodzicami i psychiczny obraz własnej rodzicielki. Gdy kobiecie brakuje reprezentacji kochającej matki, wówczas może ona lokować negatywne uczucia do matki we własnym „macierzyńskim” ciele (Schier, 2008, 2014; Winnicott 1953/1975). Kobiecie odcinającej się emocjonalnie od rodziców może brakować psychicznego obrazu dobrej matki, przez co proces stawania się matką będzie dla niej trudniejszy.

Ciekawym rezultatem, który uzyskano w wyniku prowadzonych badań, jest to, że kobiety ze skupienia 2 nie różniły się od osób ze skupienia 3 pod względem ogólnego stopnia zróżnicowania Ja i jego podskal. Wydaje się, że ciężarne, które są relatywnie bardzo zadowolone ze swojego brzucha, a średnio zadowolone z innych aspektów swojego ciała, mogą doświadczać podobnych trudności w relacjach interpersonalnych z partnerem i rodzicami jak ciężarne kobiety ogólnie niezadowolone ze swojego ciała. Wybiórcze zadowolenie z ciężar-

nego brzucha mogłoby mieć, jak powiedziano wcześniej, charakter kompensacyjny. Kobiety byłyby zatem *de facto* zadowolone nie z określonych wymiarów obrazu ciała (Ja cielesnego), a jedynie ze swojej funkcji macierzyńskiej, którą ta część ciała reprezentuje (Schier, 2008). Teza ta wymaga weryfikacji w dalszych badaniach – szczególnie przydatne byłyby badania podłużne.

Istotne wydaje się to, że wiele zbadanych kobiet odczuwało satysfakcję ze swojego ciążowego ciała. To bardzo optymistyczne dane. Niemniej wyniki przeprowadzonych badań sugerują, że nie dla każdej przyszłej matki ciążowe ciało jest źródłem pozytywnych emocji. Niektóre z nich doświadczają trudności w czerpaniu satysfakcji ze swojego ciała, co wiąże się ze sposobem postrzegania dziecka oraz ze zdolnością do autonomicznego funkcjonowania w relacjach z partnerem i rodzicami. Janusz Trempała (2015) sformułował interesującą tezę wskazującą, iż osoby, które doświadczyły trudności w obrębie budowania Ja cielesnego i obrazu ciała w dzieciństwie, mogą mieć większe problemy związane z modyfikacją tego obrazu w relacjach rówieśniczych, a potem partnerskich.

Otrzymane w badaniu rezultaty warto odnieść do wyników innych badań dotyczących obrazu ciała u kobiet. Pokazują one m.in., że poziom zadowolenia z ciała u kobiet łączy się z obrazem ciała ich matek (Sanftner, Crowther, Crawford, Watts, 1996) i z satysfakcją z relacji z partnerem (Hoyt, Kogan, 2001). Jennifer Sanftner, William Ryan i Patricia Pierce (2009) uzyskali wyniki pokazujące związek między obrazem ciała u kobiet a ich relacją z partnerem, matką i ojcem. Co ciekawe, po wyodrębnieniu korelacji między skalami odnoszącymi się do ojca i do matki okazało się, że obraz ciała kobiety znacznie silniej łączy się z relacją z ojcem niż z matką. Zdaniem autorów, więź z ojcem stanowi dla kobiety pewien wzorzec heteroseksualnych związków, który przenosi następnie na dorosłe relacje z mężczyznami.

Podsumowując, można uznać, że wyniki przeprowadzonego badania wskazują na znaczenie obrazu ciała w procesie doświadczania siebie przez kobiety w ciąży. Być może należałoby włączyć myślenie o Ja cielesnym oraz obrazie ciała wraz z ich empirycznym badaniem

do obszaru zadań współczesnej psychologii rozwojowej (Kielar-Turska, 2011). Również trudności ciężarnych kobiet związane z pełnieniem funkcji matki warto rozpatrywać w kontekście ich obrazu ciała. Teza ta może znaleźć swoje zastosowanie w działaniach w stosunku do przyszłych matek zorientowanych na wczesną interwencję psychologiczną, która powinna obejmować nie tylko pracę nad reprezentacją siebie jako matki, ale także nad budowaniem świadomości własnego ciała. Adekwatna pomoc pozwoli im cieszyć się swoim macierzyńskim ciałem i relacją z dzieckiem oraz łatwiej pogodzić rolę matki z rolą żony i córki.

Ograniczeniem prowadzonych badań był specyficzny dobór osób badanych. W grupie uczestniczek szkół rodzenia występuje prawdopodobnie nadreprezentacja kobiet, które pozytywnie postrzegają ciążę i mające urodzić się dziecko. Uzyskane rezultaty warto zweryfikować na bardziej zróżnicowanej próbie kobiet w pierwszej ciąży. Uwzględniając te ograniczenia, można przyjąć, że ukazanie związku między obrazem ciała a reprezentacją psychiczną rodziców, partnera i dziecka ma znaczenie zarówno dla teorii, jak i praktyki (w tym dla profilaktyki rozwoju zaburzeń).

## BIBLIOGRAFIA

- Andrasiak E., Gracka-Tomaszewska M. (2009), Znaczenie obrazu partnera w kształtowaniu się matczynej reprezentacji dziecka u kobiet w ciąży. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 9, 2, 86–91.
- Bielawska-Batorowicz E. (1995), *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Boscaglia N., Skouteris H., Wertheim E. (2003), Changes in Body Image Satisfaction During Pregnancy: A Comparison of High and Low Exercising Women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 43, 41–45.
- Bowen M. (2004), *Family Therapy in Clinical Practice*. Lanham, Boulder, New York, Toronto, Oxford: Jason Aronson, Rowman and Littlefield Publishers.
- Brazelton T.B., Cramer B.G. (1990), *The Earliest Relationship: Parents, Infants, and the Drama of Early Attachment*. New York: Addison-Wesley Publishing Company.
- Brytek-Matera A. (2008), *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Cash T.F., Smolak L. (2011), *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Chylek A. (2010), *Doświadczenie akceptacji – odrzucenia a reprezentacja dziecka u kobiet w ciąży*. Niepublikowana praca magisterska przygotowana pod kierunkiem dr Mileny Grackiej-Tomaszewskiej. Warszawa: Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego.
- Clark A., Skouteris H., Wertheim S., Paxton S., Milgrom J. (2009), My Baby Body: A Qualitative Insight Into Women's Body-Related Experiences and Mood During Pregnancy and the Postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27, 4, 330–345.
- Davies K., Wardle J. (1994), Body Image and Dieting in Pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 787–799.
- DiPietro J., Millet S., Costigan K., Gurewitsch E., Caulfield L. (2003), Psychosocial Influences on Weight Gain Attitudes and Behaviors During Pregnancy. *Journal of the American Dietetic Association*, 10, 1314–1319.
- Earle S. (2003), „Bumps and Boobs”: Fatness and Women's Experience of Pregnancy. *Women's Studies International Forum*, 26, 245–252.
- Erbert K., Kulbat J. (2005), Wizerunek ciała w okresie ciąży: konsekwencje zmian wyglądu dla zadowolenia z własnego ciała i dobrostanu psychicznego. W: A. Głębocka, J. Kulbat (red.), *Wizerunek ciała. Portret Polek*, 45–62. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Głębocka A. (2009), *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.

- Gracka-Tomaszewska M. (2006), Matczyna reprezentacja dziecka – modele teoretyczne i ich znaczenie dla praktyki klinicznej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 4, 193–198.
- Gracka-Tomaszewska M. (2014), *Drogi do macierzyństwa. Reprezentacja siebie i reprezentacja dziecka w umyśle kobiety jako podstawa macierzyństwa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Grogan S. (2008), *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. London, New York: Routledge. Taylor and Francis Group.
- Guzikowski W. (2011), Granice między fizjologią a patologią ciąży – wybrane zagadnienia. W: E. Lichtenberg, E. Janiuk, J. Dzierżanowski (red.), *Ciąża czy stan błogosławiony? Zagadnienie interdyscyplinarne*, 19–26. Kraków: Impuls.
- How real is pregorexia? (2009). *Eating Disorders Review*, 20, 5, 7–12.
- Hoyt W.D., Kogan L.R. (2001), Satisfaction with Body Image and Peer Relationships for Males and Females in College Environment. *Sex Roles*, 45(3/4), 199–215.
- Janusz B., Gdowska K., Barbaro B. (2008), *Narracja. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kaźmierczak M., Goodwin R. (2011), Pregnancy and Body Image in Poland: Gender Roles and Self-Esteem During the Third Trimester. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29, 4, 334–342.
- Kielar-Turska M. (2011), Kształtowanie się naukowej psychologii rozwoju człowieka. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, 3–27. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kornas-Biela D. (1993), *Wokół początku życia ludzkiego*. Warszawa: Wydawnictwo Nasza Księgarnia.
- Kościelska M. (1998), *Trudne macierzyństwo*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Kriegerlewiec O. (2008), *Transmisja pokoleniowa stopnia zróżnicowania Ja i samooceny oraz ich znaczenie dla satysfakcji małżeńskiej*. Niepublikowana rozprawa doktorska przygotowana pod kierunkiem dr hab. Barbary Tryjarskiej, prof. UW. Warszawa: Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego.
- Kriegerlewiec O. (2012), Zaburzenia równowagi sił emocjonalnych w rodzinach pochodzenia partnerów a dysfunkcja w ich relacjach małżeńskich według Bowena. W: B. Tryjarska (red.), *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*, 219–245. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Krueger W.D. (2002), *Integrating Body Self and Psychological Self*. London: Brunner-Routledge.
- Mirucka B., Sakson-Obada O. (2013), *Ja cielesne: od normy do zaburzeń*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Murkoff H., Mazel S. (2010), *W oczekiwaniu na dziecko*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Pauls R., Occhino J., Dryfhout V. (2008), Effects of Pregnancy on Female Sexual Function and Body Image: A Prospective Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 5, 8, 1915–1922.
- Price J. (1988), *Motherhood: What it Does to Your Mind*. London: Pandora.
- Rakfalska A., Schier K. (2008), Spostrzeganie własnego ciała przez mężczyzn intensywnie uprawiających sporty siłowe. Przypadki dysmorfii mięśniowej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2, 93–103.
- Ricciardelli L.A., Yager Z. (2016), *Adolescence and Body Image: From Development to Preventing Dissatisfaction*. London, New York: Routledge. Taylor & Francis Group.
- Rocznik Demograficzny* (2011). Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Sanftner J.L., Crowther J.H., Crawford P.A., Watts D.D. (1996), Maternal Influences (or Lack Thereof) on Daughters' Eating Attitudes and Behaviors. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 4, 2, 147–159.
- Sanftner J.L., Ryan W.J., Pierce P. (2009), Application of a Relational Model to Understanding Body Image in College Women and Men. *Journal of College Student Psychotherapy*, 23, 262–280.
- Schier K. (2005), *Bez tchu i bez słowa. Więzy psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Schier K. (2008), *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Schier K. (2014), *Dorosłe dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Schier K., Topór-Pamuła M. (2010), Body Image in Women With Infertility. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 22, 3–4, 255–268.



- Skouteris H., Carr R., Wertheim E., Paxton S., Duncombe D. (2005), A Prospective Study of Factors that Lead to Body Dissatisfaction During Pregnancy. *Body Image*, 2, 347–361.
- Smolak L. (2004), Body Image in Children and Adolescents: Where Do We Go from Here? *Body Image*, 1, 15–28.
- Thiel P.P. (2007), *Der Dresdner Körperbildfragebogen: Entwicklung und Validierung eines mehrdimensionalen Fragebogens*. Unveröffentlichte Dissertation. Dresden: Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden.
- Topór M. (2007), *Zapísane w cieles – obraz ciała i wewnátrpsychiczny obraz rodzica u niepłodnych kobiet*. Niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem dr hab. Katarzyny Schier. Warszawa: Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego.
- Topór-Pamuła M. (2009), „Ciało w cieles” – doświadczanie własnego ciała przez kobiety w ciąży a self cielesne i więź z płodem. W: K. Schier (red.), *Zapísane w cieles: związek ciało – psychika u dzieci i rodziców*, 71–89. Warszawa: Wydawnictwo Emu.
- Topór-Pamuła M. (2012), „*W jednym cieles*” – analiza obrazu ciała i jego związków z reprezentacjami partnera, rodzica i dziecka u kobiet w pierwszej ciąży. Niepublikowana praca doktorska. Warszawa: Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego.
- Trempała J. (2015), Teza przedstawiona ustnie.
- Winnicott D.W. (1953/1975), Transitional Object and Transitional Phenomena. W: D.W. Winnicott, *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, 229–242. London: Hogarth Press.