https://doi.org/10.18778/7525-700-7.16

*Grażyna Dolińska-Zygmunt**
*Małgorzata Włodarczyk***

* Uniwersytet Wrocławski
** Wydział Nauk Historycznych i Pedagogicznych
Instytut Psychologii

Ja cielesne a percepcja objawów menopauzy

1. Wprowadzenie

Menopauza jest okresem w życiu kobiety, który wiąże się z szeregiem zaburzeń metabolicznych wynikających ze stopniowego wygasania czynności endokrynnej jajnika (spadek stężenia progesteronu, obniżenie poziomu inhibin, wzrost stężenia gonadotropin) (P. Skałba, 1998; za: Skrzypulec i in., 2003). Według The North American Menopause Society (NAMS), menopauza (z gr. *men* – miesiąc i *pausis* – przerwa) określana jest jako ostatnia miesiączka, co potwierdza zazwyczaj niewystępowanie krwawień miesiączkowych przez kolejne 12 miesięcy, przy jednoczesnym braku innych biologicznych czy też psychologicznych przyczyn tego stanu (Skrzypulec i in., 2003). Najnowsze trendy ujmują menopauzę jako naturalną fazę życia, która niekoniecznie pociąga za sobą wyraźne zmiany, a problemy, jakich doświadczają kobiety w tym okresie, mogą wynikać zarówno z kulturowo uwarunkowanych negatywnych stereotypów związanych z menopauzą (G. E. Berger, 1999; P. A. Kaufert, 1996; D. E. Stewart, 2003; N. L. Stotland, 2002, za: Bielawska-Batorowicz, 2004b), jak i z osobistej sytuacji życiowej (Reroń, Huras, 2005). Tezę tę wspierają wyniki badań prowadzonych w różnych krajach, które dowodzą, iż kobiety, pomimo istnienia jednolitego fizjologicznego mechanizmu warunkującego wystąpienie menopauzy, nie zgłaszają takich samych objawów (T. Aso, 2000; B. Xiao, Q. S. Ge, 2000; za: Bielawska-Batorowicz, 2004a).

W literaturze przedmiotu objawy menopauzy są grupowane w różny sposób i przy użyciu różnych metod. Jedną z tych metod jest zastosowanie analizy czynnikowej, która pozwala wyodrębnić trzy zasadnicze grupy objawów menopauzy: „objawy wazomotoryczne", do których zalicza się uderzenia gorąca i pocenie się; „objawy somatyczne", na które składają się bóle mięśni i stawów, zawroty i bóle głowy, drętwienie różnych partii ciała, zaburzenie czucia w dłoniach i stopach oraz „objawy psychiczne" obejmujące symptomy charaktery-

styczne dla niepokoju (uczucie napięcia, napady lęku, podniecenie, trudności z zasypianiem i z koncentracją uwagi) i dla depresji (utrata zainteresowań, smutek, poirytowanie, wybuchy płaczu, uczucie zmęczenia i utrata energii do działania) (B i e l a w s k a-B a t o r o w i c z, 2004a).

Zależność pomiędzy zmiennymi psychologicznymi i fizjologicznymi powiązanymi z intensywnością doznawanych objawów menopauzy nie jest taka prosta i jednoznaczna, z tego też względu wymaga dalszych weryfikacji empirycznych (B a u l d, B r o w n, 2009; B i h-C h i n g i in., 2007). Badacze jednakże wyrażają spójny pogląd, w świetle którego rola czynników psychologicznych przejawia się przede wszystkim w moderowaniu percepcji doznań pochodzących z ciała (J. M. Ussher, 2006; A. T. Veeninga, F. W. Kraaimaat, 1995; E. Bielawska-Batorowicz, 2006; za: B i e l a w s k a-B a t o r o w i c z, 2007).

W modelach opisujących związek czynników psychologicznych i zdrowia wskazuje się na rolę osobowości w postrzeganiu doznań płynących z ciała i ich interpretacji w określonych kategoriach znaczeń. Spośród cech osobowości powiązanych ze stanem zdrowia, zwraca się szczególną uwagę na neurotyczność, której wysoki poziom wiąże się m. in. z większą wrażliwością na sygnały pochodzące z ciała oraz przypisywaniem ich chorobie (E. Loekkegaard i in., 2002; P. G. Williams, 2006; za: B i e l a w s k a-B a t o r o w i c z, 2007). Ponadto wrażliwość na sygnały pochodzące z ciała uwzględnia również wieloczynnikowy model doświadczania objawów menopauzalnych zaproponowany przez A. T. Veeninga i F. W. Kraaimaat, który zakłada, iż doznania pochodzące z ciała interpretowane są przez kobietę jako objawy menopauzy pod wpływem kulturowo uwarunkowanych przekonań dotyczących charakteru i znaczenia objawów menopauzalnych (B i e l a w s k a-B a t o r o w i c z, 2005a). Veeninga i Kraaimaat twierdzą także, iż sposób odbierania doznań z ciała, nazywania ich i radzenia sobie z nimi, zależy od wielu zmiennych psychologicznych – osobowości, preferowanych strategii radzenia sobie w trudnych sytuacjach, współwystępowania zaburzeń psychicznych oraz dostępnego wsparcia społecznego (B i e l a w s k a-B a t o r o w i c z, 2005a).

Przegląd literatury przedmiotu pozwolił ustalić, iż dotychczas nie analizowano znaczenia Ja cielesnego dla percepcji objawów menopauzalnych. Ja cielesne określa się jako „element struktury Ja, organizujący doświadczenia cielesne w postaci reprezentacji, których jakość wyznacza sposób przeżywania siebie, czyli fizyczne poczucie własnej tożsamości" (S a k s o n-O b a d a, 2009, s. 98). Uważa się, że Ja cielesne stanowi podsystem Ja, gdyż odpowiada za opracowanie i integrację doświadczeń cielesnych budujących takie aspekty poczucia tożsamości, jak: poczucie własnego istnienia, poczucie odrębności względem otoczenia, poczucie spójności z własnym ciałem oraz jego ciągłości w czasie i przestrzeni (S a k s o n-O b a d a, 2009). Wyróżnia się trzy podstawowe funkcje Ja cielesnego: doznawanie bodźców płynących zarówno z wnętrza ciała

(tzw. interocepcja), jak i będących wynikiem pobudzenia eksteroreceptorów (tzw. eksterocepcja) (E. Salomon i in., 1996; za: S a k s o n-O b a d a, 2009); interpretację doznań w kategoriach stanów fizycznych i emocji (a także w przypadku słabego Ja cielesnego, w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej) oraz regulację stanów fizycznych i emocjonalnych, rozumianą jako zdolność do rozpoznawania przyczyn tych stanów i umiejętność podejmowania adaptacyjnych strategii radzenia sobie z nimi (S a k s o n-O b a d a, 2009). Należy również podkreślić, iż zarówno wiedza na temat przyczyn własnych emocji i stanów fizjologicznych, jak i umiejętność radzenia sobie z nimi, wzmacnia nie tylko poczucie zrozumienia własnej cielesności, ale i panowania nad nią (S a k s o n-O b a d a, 2009).

Analiza dotychczasowych badań poświęconych funkcji Ja cielesnego (S a k s o n-O b a d a, 2009) pozwala na wysunięcie trzech istotnych wniosków. Po pierwsze, dowiedziono, że im więcej jest nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania Ja cielesnego, tym bardziej negatywny jest sposób odnoszenia się do własnej cielesności. Tak więc można powiedzieć, iż poczucie integralności z własnym ciałem, warunkowane brakiem problemów z doznawaniem oraz interpretacją i regulacją własnych doznań, wpływa na jego akceptację, a brak zrozumienia własnych doświadczeń cielesnych sprzyja powstawaniu negatywnych emocji wobec ciała (S a k s o n-O b a d a, 2009). Po drugie, ustalono, iż im większe są nieprawidłowości w zakresie progów doznań, interpretacji własnych emocji, stanów fizycznych oraz poczucia tożsamości cielesnej, regulacji stanów fizycznych i emocjonalnych, a także im bardziej negatywny jest stosunek do własnego ciała, tym większa jest liczba rejestrowanych doznań płynących z ciała, co oznacza, iż mała liczba rejestrowanych doznań wiąże się z brakiem zaburzeń w obrębie Ja cielesnego, a duża liczba zmian w ciele – z nieprawidłowościami w jego obrębie (S a k s o n-O b a d a, 2009). Po trzecie okazuje się, że im większa jest skłonność do wyolbrzymiania siły własnego pobudzenia, tym większe natężenie zakłóceń w doznawaniu bodźców płynących z otoczenia, interpretacji oraz regulacji emocji, stanów fizycznych i emocjonalnych, poczuciu tożsamości fizycznej, oraz tym bardziej negatywny stosunek do własnego ciała (S a k s o n-O b a d a, 2009).

Wyniki badań poświęconych Ja cielesnemu skłaniają do przypuszczenia, iż czynniki zawarte w Ja cielesnym, a w szczególności ogólna siła funkcji Ja cielesnego, mogą mieć istotne znaczenie w percepcji i interpretacji objawów menopauzalnych.

2. Ja cielesne a percepcja objawów menopauzy – badania empiryczne

2.1. Cele badań

Celem prezentowanych poniżej badań było ustalenie związku pomiędzy Ja cielesnym a częstością i intensywnością doświadczanych objawów menopauzalnych oraz wyłonienie predyktorów częstości i intensywności objawów menopauzalnych. W związku z tym postawiono następujące pytania badawcze.

1. Jaki jest związek Ja cielesnego (podwyższony próg doznań (PPD), obniżony próg doznań (OPD), interpretacja doznań w kategoriach emocji (EMO), interpretacja doznań w kategoriach stanów fizycznych (STA), interpretacja doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej (TOŻ), regulacja emocji (REM), regulacja stanów fizycznych (RSF), stosunek emocjonalny wobec własnego ciała (SEC) z intensywnością i częstością doświadczanych objawów menopauzalnych (psychologicznych, wazomotorycznych, somatycznych)?

2. Jakie są predyktory częstości i intensywności doświadczanych objawów menopauzalnych (psychologicznych, wazomotorycznych, somatycznych)?

2.2. Metody badań

Do pomiaru Ja cielesnego zastosowano **Kwestionariusz Ja cielesnego** Olgi Saksen-Obady (2009) stworzonego na podstawie roboczej definicji Ja cielesnego, która odnosi się do funkcji pełnionych przez tę instancję (doznawanie bodźców, interpretacja doznań, regulacja emocji i stanów fizycznych) oraz akceptacji własnego ciała. Ponadto kwestionariusz uwzględnia także dwa aspekty funkcjonowania, w których założono, że Ja cielesne może manifestować swoje działanie (komfort w sytuacji bliskości fizycznej innych osób oraz zdolność do ochrony ciała). Kwestionariusz składa się z następujących skal (za: Saksen-Obada, 2009)[1]:

– podwyższone progi doznań PPD;
– obniżone progi doznań OPD;
– interpretacja doznań w kategoriach emocji EMO;
– interpretacja doznań w kategoriach stanów fizycznych STA;
– interpretacja doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej TOŻ;
– regulacja stanów fizycznych RSF;
– regulacja emocji REM;

[1] W niniejszych badaniach nie analizowano dwóch skal Kwestionariusza Ja Cielesne – OCH i KOM – w których założono, iż Ja cielesne może manifestować swoje działanie.

– stosunek emocjonalny do ciała SEC;
– komfort w sytuacji bliskości fizycznej innych osób KOM;
– ochrona własnego ciała OCH.

Miarą wszystkich nadmienionych powyżej skal jest suma wyników uzyskanych w danej skali. Im są one wyższe, tym więcej zaburzeń ujawnia badana osoba w obrębie danej skali. Natomiast ogólna siła funkcji Ja cielesnego jest obliczana poprzez dodanie wyników wszystkich skal badających funkcje Ja cilesnego (PPD, OPD, EMO, STA, TOŻ, REM, RSF) (S a k s o n-O b a d a, 2009).

Pierwszy etap konstruowania kwestionariusza polegał na analizie literatury poświęconej zagadnieniu zaburzonego doświadczania ciała i wyodrębnieniu twierdzeń wchodzących w skład poszczególnych skal (S a k s o n-O b a d a, 2009). Niektóre itemy (18) skonstruowano bazując na istniejących narzędziach, takich jak: Somatoform Dissocaiation Questionnaire (E. R. S. Nijenhuis i in., 1996; za: S a k s o n-O b a d a, 2009), Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej, Body Investment Scale (I. Orbach, M. Miklulincer, 1998; za: S a k s o n-O b a d a, 2009), Skala Chronicznej Autodestruktywności Kelley, Skala Pozytywnej Świadomości Ciała (D. Buss, 2001; za: S a k s o n-O b a d a, 2009). Następnie wszystkie twierdzenia zostały ocenione przez pięciu sędziów kompetentnych (psychologów). Sędziowie kompetentni ocenili poszczególne pozycje testowe, przyporządkowując je i dookreślając ich reprezentatywność na pięciostopniowej skali. W efekcie do wstępnej wersji kwestionariusza włączono 96 pozycji testowych, które uzyskały najlepsze wyniki w ocenie sędziów kompetentnych (S a k s o n-O b a d a, 2009).

W kwestionariuszu posłużono się pięciostopniową skalą szacunkową, w której osoba badana ustosunkowuje się do każdego ze stwierdzeń, zaznaczając swoją odpowiedź na pięciostopniowej skali. Jeśli chodzi o pytania wchodzące w skład skal: podwyższone i obniżone progi doznań, zastosowano inny sposób odpowiadania. Mianowicie badane osoby proszono o ocenę częstości, w jakiej opisywana sytuacja pojawiała się w ich życiu (1 oznacza nigdy, 2 – bardzo rzadko, 3 – czasami, 4 – dosyć często, 5 – bardzo często). Decyzja, dotycząca zastosowania takiej formy odpowiedzi, wynikała z przyjęcia założenia, iż kryterium pozwalającym wnioskować o nieprawidłowościach jest częsta obecność stanów zmienionej wrażliwości zmysłowej (S a k s o n-O b a d a, 2009).

Posługując się tak opracowanym kwestionariuszem Ja cielesnego, przebadano 103 studentów: 60 kobiet i 43 mężczyzn. Na podstawie wykonanych analiz postanowiono wyłączyć z ostatecznej wersji kwestionariusza Ja cielesnego skalę badającą doznawanie bodźców płynących z wnętrza ciała (S a k s o n-O b a d a, 2009). Okazało się bowiem, iż rzetelność skali jest niezadowalająca (α = 0,409). Wartości α-Cronbacha dla pozostałych skal przedstawiały się następująco: PPD α = 0,735, OPD α = 0,746, EMO α = 0,821, STA α = 0,599, TOŻ α = 0,837, REM α = 0,784, RSF α = 0,738, SEC α = 0,899 (S a k s o n-O b a d a, 2009).

W celu określenia intensywności i częstości doznawanych objawów menopauzalnych, posłużono się kwestionariuszem **Moje Samopoczucie (Menopause Symptom List)** (Janette M. Perz, 1997) w polskiej adaptacji E. Bielawskiej-Batorowicz (2004a). Menopause Symptom List (MSL) opracowano na podstawie badań prowadzonych wśród kobiet w wieku 45–55 lat, które w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie stosowały hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) lub doustnej antykoncepcji (Bielawska-Batorowicz, 2004a). Z badań wykluczono kobiety, u których zatrzymanie miesiączki spowodowane było operacją chirurgiczną lub leczeniem innych chorób.

Bazując na literaturze przedmiotu, wytypowano 56 objawów opisanych jako objawy występujące w okresie menopauzy (Bielawska-Batorowicz, 2004a). Badane kobiety oceniały każdy z objawów na 6-stopniowej skali, biorąc pod uwagę częstość i intensywność występowania objawu w ciągu ostatnich 3 miesięcy. W przypadku oceny częstości objawu poszczególnym punktom przypisano następujące wartości: nigdy (0) – ani razu w ciągu ostatnich 3 miesięcy; rzadko (1) – raz lub dwa razy w ciągu ostatnich 3 miesięcy; czasami (2) – ok. 5 razy; często (3) – od 5 do 10 razy; bardzo często (4) – częściej niż 10 razy w ciągu ostatnich 3 miesięcy; prawie zawsze (5) – prawie codziennie w ostatnich 3 miesiącach (Bielawska-Batorowicz, 2004a). W przypadku oceny intensywności przyjęto następujące wartości: nie dotyczy (0) – doznanie nie wystąpiło; nieznaczna (1) – ledwie dostrzegalna zmiana lub doznanie; niewielka (2) – mała zmiana, słabo nasilone doznanie; umiarkowana (3) – wyraźna zmiana/doznanie; duża (4) zmiana – bardzo wyraźna zmiana, intensywne doznanie; bardzo duża (5) – radykalna zmiana, trudno o bardziej intensywne doznanie (Bielawska-Batorowicz, 2004a).

Polską adaptację kwestionariusza MSL przeprowadzono za zgodą autorki (Bielawska-Batorowicz, 2004a). W badaniach adaptacyjnych wzięło udział 295 kobiet w wieku 40–59 lat (*M* – 47, 48 lat; *SD* = 6,42) (Bielawska-Batorowicz, 2004a). Na podstawie przeprowadzonej analizy czynnikowej wyodrębniono (podobnie jak w wersji oryginalnej) 3 czynniki, które wyjaśniały odpowiednio 73,09 i 69,72% wariancji wyników w zakresie częstości i intensywności (Bielawska-Batorowicz, 2004a). Wyodrębniono również pozycje kwestionariusza, które w oryginalnej wersji znalazły się w innym czynniku. Sprawiło to, iż w polskiej wersji czynnik I liczy 9 twierdzeń, a czynnik III – 7 twierdzeń (Bielawska-Batorowicz, 2004a). W przypadku czynnika II liczba twierdzeń nie zmieniła się. Każdemu ze stwierdzeń wchodzących w skład kwestionariusza przypisano wagi: 2, jeśli ładunki czynnikowe danego twierdzenia były większe niż 0,7, oraz 1 – mniejsze od 0,7 (Bielawska-Batorowicz, 2004a). Wynik w poszczególnych skalach uzyskuje się mnożąc punkty przypisane każdemu ze stwierdzeń przez nadaną mu wagę, a następnie sumując. Rzetelność kwestionariusza obliczono na podstawie powtórnego

pomiaru oraz porównując części testu (współczynnik Spearmana–Browna) (B i e l a w s k a-B a t o r o w i c z, 2004a). Uzyskano następujące wyniki:

– częstość objawów menopauzy: I – objawy psychologiczne (współczynniki korelacji dla pierwszego i drugiego pomiaru – 0,698; współczynnik korelacji α-Cronbacha – 0,872); II – objawy wazomotoryczne (współczynniki korelacji dla pierwszego i drugiego pomiaru – 0,900; współczynnik korelacji α-Cronbacha – 0,831); III – objawy somatyczne (współczynniki korelacji dla pierwszego i drugiego pomiaru – 0,822; współczynnik korelacji α-Cronbacha – 0,703) (B i e l a w s k a-B a t o r o w i c z, 2004a).

– intensywność objawów menopauzy: I – objawy psychologiczne (współczynnik korelacji dla pierwszego i drugiego pomiaru – 0,895; współczynnik korelacji α-Cronbacha – 0,821); II – objawy wazomotoryczne (współczynnik korelacji dla pierwszego i drugiego pomiaru – 0,895; współczynnik korelacji α-Cronbacha – 0,805); III – objawy somatyczne (współczynnik korelacji dla pierwszego i drugiego pomiaru – 0,766; współczynnik korelacji α-Cronbacha – 0,712) (B i e l a w s k a-B a t o r o w i c z, 2004a).

W oszacowaniu trafności skali zastosowano dwa kryteria – istotną zmianę wyników w kwestionariuszu po kilku cyklach leczenia hormonalnego i ocenę stanu zdrowia przez lekarza. Dane liczbowe ujawniają obniżenie się nasilenia wszystkich grup objawów (B i e l a w s k a-B a t o r o w i c z, 2004a). Różnice pomiędzy dwoma pomiarami w przypadku czynnika I i czynnika III okazały się istotne statystycznie (B i e l a w s k a-B a t o r o w i c z, 2004a). Natomiast w przypadku czynnika II różnice wystąpiły, ale nie osiągnęły istotności statystycznej. Oceniający stan zdrowia lekarz również potwierdził zmniejszenie się nasilenia objawów menopauzalnych u badanych kobiet (B i e l a w s k a-B a t o r o w i c z, 2004a).

2.3. Badana grupa

Badaną grupę stanowiło 40 kobiet wytypowanych do badania metodą „kuli śnieżnej", znajdujących się w okresie okołomenopauzalnym, w wieku 40–52 lat.

2.4. Wyniki

2.4.1. Związek pomiędzy Ja cielesnym a częstością i intensywnością objawów menopauzalnych

Zanim przystąpiono do eksploracji związku Ja cielesnego z natężeniem częstości i intensywności doświadczanych objawów menopauzalnych, obliczono średnie wyniki surowe i odchylenie standardowe (tab. 1) dla częstości i intensywności psychologicznych, wazomotorycznych i somatycznych objawów menopauzalnych.

Tabela 1

Wyniki surowe Statystyki dla częstości i intensywności psychologicznych, wazomotorycznych i somatycznych objawów menopauzalnych

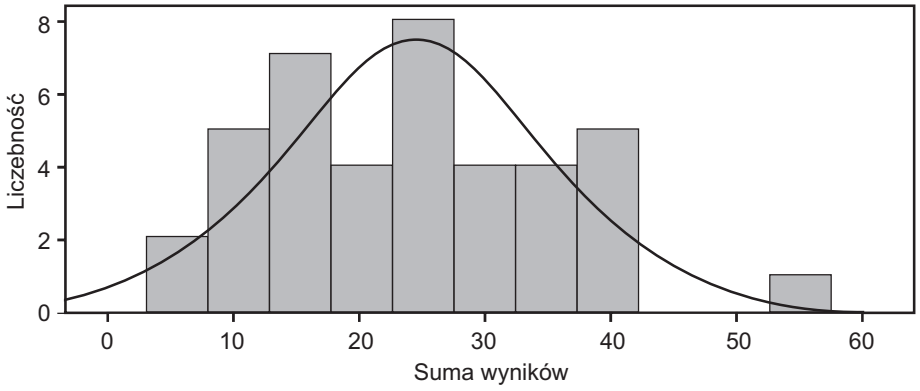
	OPcz	OWcz	OScz	OPin	OWin	OSin
N	40	40	40	40	40	40
Średnia	23,93	19,10	18,25	29,13	20,78	20,88
Błąd standardowy średniej	1,806	1,349	1,300	1,765	1,391	1,402
Mediana	24,00	20,50	18,50	30,00	23,00	23,00
Dominanta	14	21	18	20	27	23
Odchylenie standardowe	11,423	8,533	8,221	11,166	8,798	8,864
Skośność	0,442	–0,389	0,245	–0,060	–0,737	–0,124
Kurtoza	–0,134	–0,653	0,297	–0,172	–0,361	0,883
Rozstęp	50	30	38	51	32	43
Minimum	5	2	3	6	2	2
Maksimum	55	32	41	57	34	45
Suma	957	764	730	1165	831	835

Oznaczenia: OPcz – objawy psychologiczne (częstość), OWcz – objawy wazomotoryczne (częstość), OScz – objawy somatyczne (częstość), OPin – objawy psychologiczne (intensywność), OWin – objawy wazomotoryczne (intensywność), OSin – objawy somatyczne (intensywność).

Źródło: opracowanie własne.

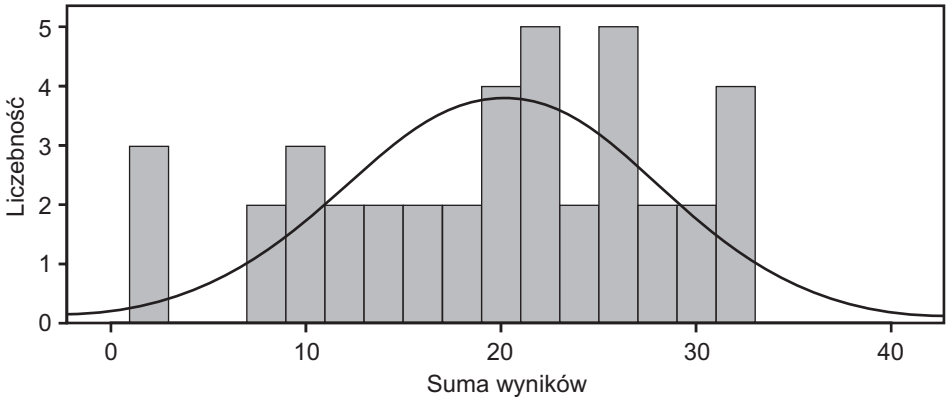
Na podstawie uzyskanych wyników ustalono, iż częstość psychologicznych (23,92 – 6 sten), wazomotorycznych (19,10 – 6 sten) i somatycznych (18,25 – 6 sten) objawów menopauzalnych w badanej grupie kobiet w okresie okołomenopauzalnym było przeciętna. Podobnie przeciętna okazała się intensywność psychologicznych (29,13 – 6 sten) objawów menopauzalnych. Natomiast intensywność wazomotorycznych (20,78 – 7 sten) i somatycznych (20,88 – 7 sten) objawów menopauzalnych była wysoka.

Sprawdzono również rozkład zmiennych – częstość i intensywność psychologicznych, wazomotorycznych i somatycznych objawów menopauzy – w badanej grupie kobiet. Poniżej przedstawiono rozkład wyników dla wspomnianych zmiennych (rys. 1–6).



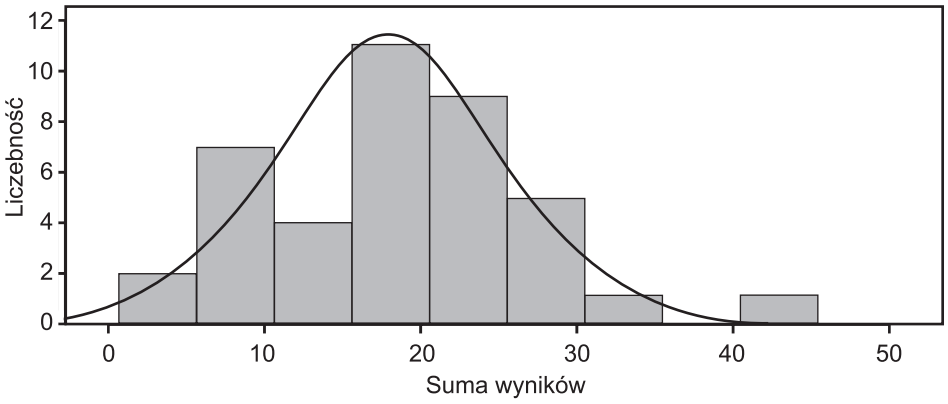
Rys. 1. Rozkład wyników zmiennej: częstość psychologicznych objawów menopauzy (n = 40)

Średnia suma wyników w badanej grupie kobiet wyniosła 23,93, a odchylenie standardowe – 11,423.



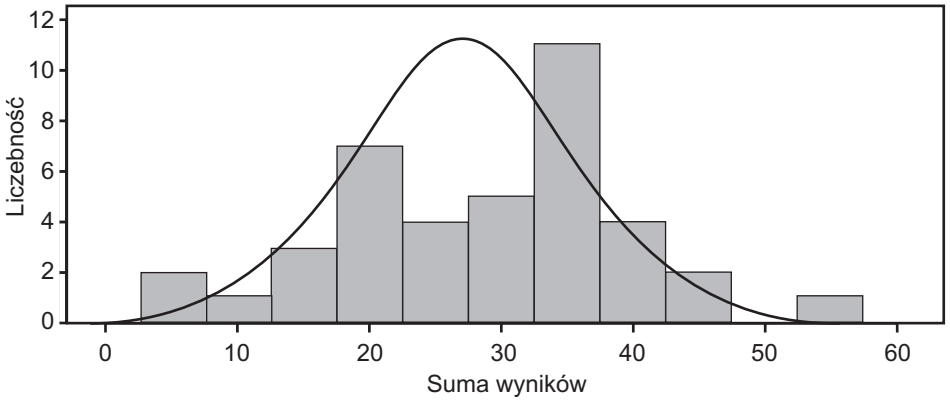
Rys. 2. Rozkład zmiennej: częstość wazomotorycznych objawów menopauzy (n = 40)

Średnia suma wyników w badanej grupie kobiet wyniosła 19,10, a odchylenie standardowe – 8,533.



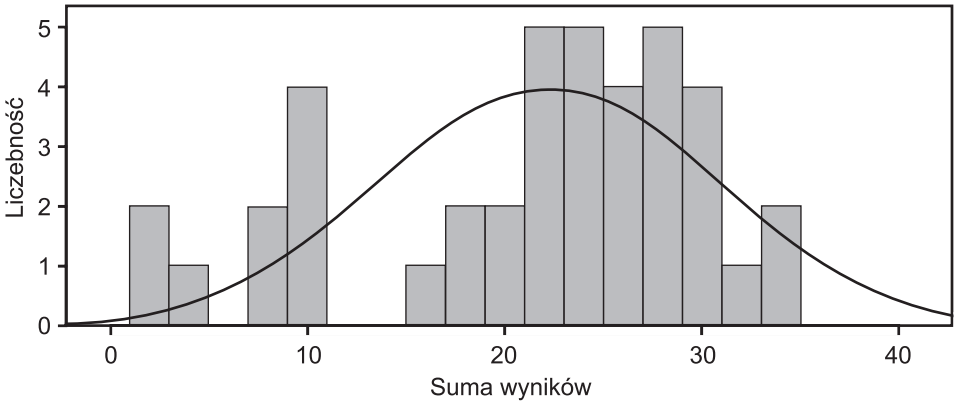
Rys. 3. Rozkład wyników zmiennej: częstość somatycznych objawów menopauzy (n = 40)

Średnia suma wyników w badanej grupie kobiet wyniosła 18,25, a odchylenie standardowe – 8,221.



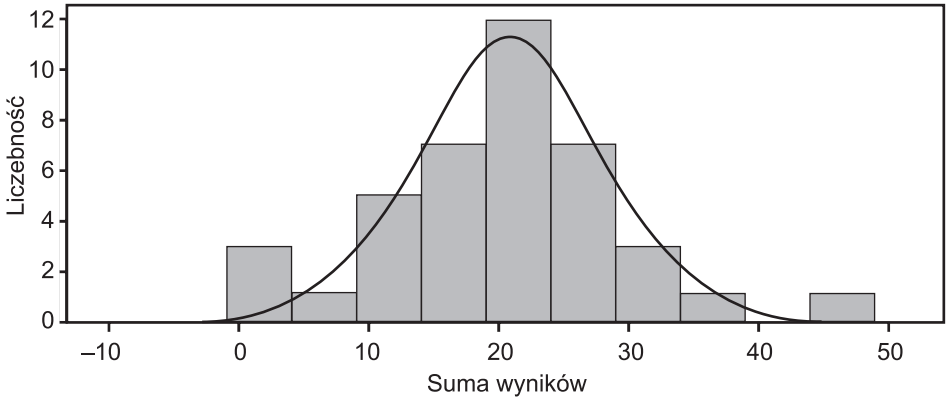
Rys. 4. Rozkład wyników zmiennej: intensywność psychologicznych objawów menopauzy (n = 40)

Średnia suma wyników w badanej grupie kobiet wyniosła 29,13, a odchylenie standardowe – 11,166.



Rys. 5. Rozkład wyników zmiennej: intensywność wazomotorycznych objawów menopauzy ($n = 40$)

Średnia suma wyników w badanej grupie kobiet wyniosła 20,78 a odchylenie standardowe – 8,798.



Rys. 6. Rozkład wyników zmiennej: intensywność somatycznych objawów menopauzy ($n = 40$)

Średnia suma wyników w badanej grupie kobiet wyniosła 20,88, a odchylenie standardowe – 8,864.

Tabela 2

Wyniki uśrednione (dla skal: PPD, OPD, EMO, STA, TOŻ, REM, RSF, SEC, JAsiła. Osoba badana może uzyskać wynik w poszczególnej skali z przedziału ⟨1,5⟩) i odchylenia standardowe (*SD*) w zakresie Ja cielesnego i jego wymiarów

	PPD	OPD	EMO	STA	TOŻ	REM	RSF	SEC	JAsiła
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Średnia	1,498	2,105	2,363	2,571	2,085	3,070	3,136	2,495	2,725
Błąd standardowy średniej	0,0762	0,1549	0,1275	0,1255	0,1516	0,1197	0,0875	0,1141	0,0940
Mediana	1,450	1,800	2,400	2,400	1,700	3,000	3,300	2,500	2,650
Dominanta	1,0	1,6	2,7	2,4	1,1	3,0	3,3	2,3	2,5
Odchylenie standardowe	0,4822	0,9794	0,8061	0,7937	0,9590	0,7569	0,5533	0,7214	0,5947
Skośność	1,109	0,945	0,456	0,179	0,978	0,100	–0,786	–0,143	0,661
Kurtoza	1,160	–0,078	0,484	–0,385	0,233	–0,348	0,422	–0,210	0,880
Rozstęp	2,1	3,4	3,6	3,2	3,7	3,0	2,4	3,3	2,9
Minimum	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,7	1,6	0,7	1,6
Maksimum	3,0	4,4	4,6	4,2	4,7	4,7	4,0	4,0	4,5
Suma	59,9	84,2	94,5	102,8	83,4	122,8	125,4	99,8	109,0

Oznaczenia: PPD – podwyższony próg doznań, OPD – obniżony próg doznań, EMO – interpretacja doznań w kategoriach emocji, STA – interpretacja doznań w kategoriach stanów cielesnych, TOŻ – interpretacja doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej, REM – regulacja emocji, RSF – regulacja stanów fizycznych, SEC – stosunek emocjonalny do własnego ciała, JAsiła – siła funkcji Ja cielesnego.

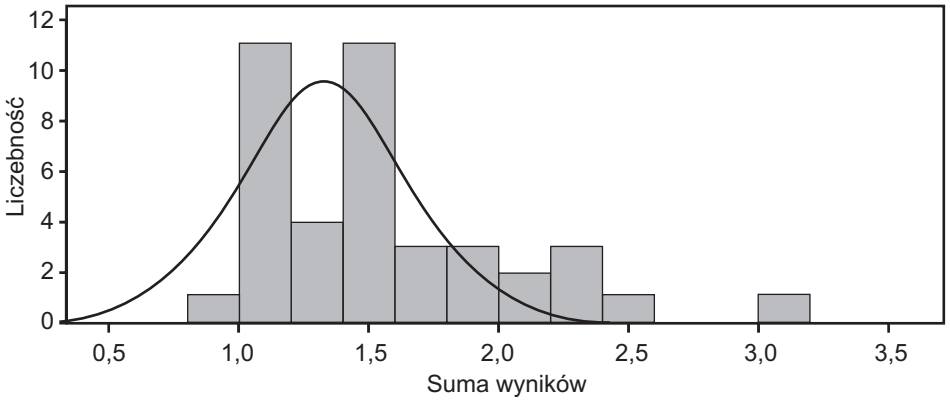
Źródło: opracowanie własne.

Obliczono również średnie wyniki surowe[2] i odchylenie standardowe (tab. 2) dla poszczególnych wymiarów Ja cielesnego. Okazało się, iż badane kobiety w okresie menopauzy charakteryzują się: rzadkim doświadczaniem stanów podwyższonej wrażliwości na bodźce płynące z otoczenia (PPD – 1,498), częstym doświadczaniem stanów obniżonej wrażliwości na bodźce płynące z otoczenia (OPD – 2,105), niewłaściwym rozpoznawaniem własnych stanów emocjonalnych (EMO – 2,363), fizycznych (STA – 2,571), zmienionym poczuciem granic własnego ciała (TOŻ – 2,085), niewłaściwym rozpoznawaniem przyczyn własnych stanów emocjonalnych oraz słabą zdolnością do opanowania emocji negatywnych i wzbudzania lub podtrzymania emocji

[2] W pierwszej kolejności uśredniono wyniki zarówno dla każdej podskali badanej kwestionariuszem Ja cielesnego, jak i dla ogólnej siły funkcji Ja cielesnego.

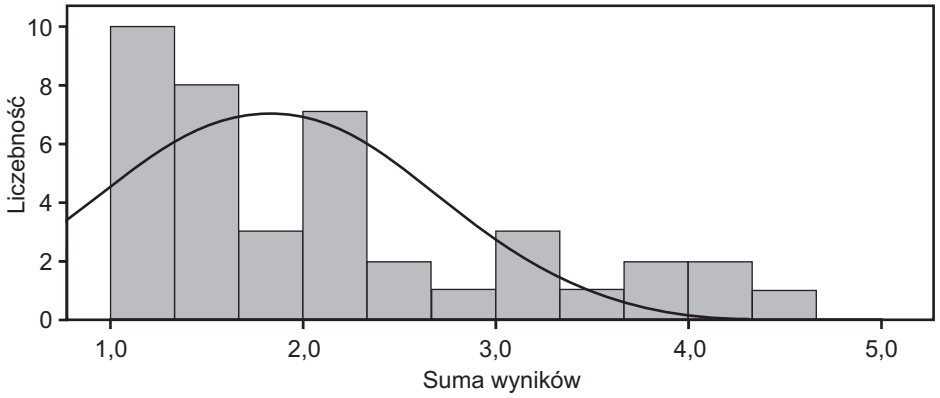
pozytywnych (REM – 3,070), niewłaściwym rozpoznawaniem przyczyn własnych stanów fizycznych (RSF – 3,136), negatywnym stosunkiem emocjonalnym do własnego ciała (SEC – 2,495) oraz ogólnie słabą siłą funkcji Ja cielesnego (JAsiła – 2,725).

Sprawdzono również rozkład zmiennych – podwyższony próg doznań, obniżony próg doznań, interpretacja doznań w kategoriach emocji, interpretacja doznań w kategoriach stanów fizycznych, interpretacja doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej, regulacja emocji, regulacja stanów fizycznych, stosunek emocjonalny do ciała, siła funkcji Ja cielesnego – w badanej grupie kobiet. Na rys. 7–15 przedstawiono rozkład wyników dla wspomnianych zmiennych.



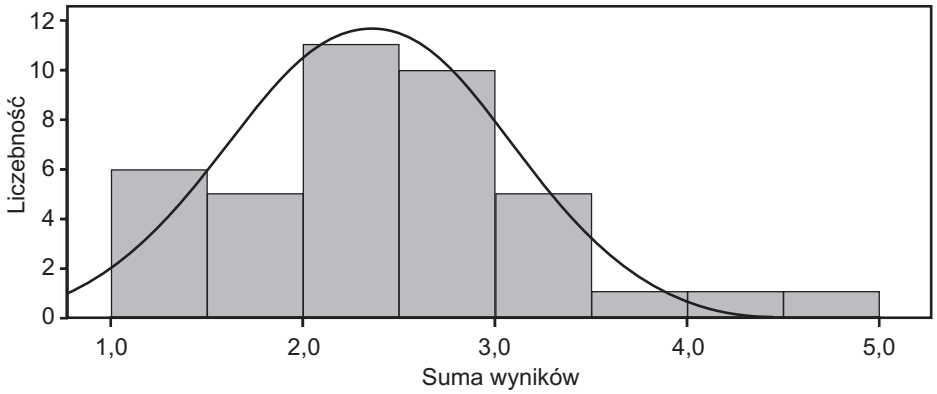
Rys. 7. Rozkład wyników zmiennej: podwyższony próg doznań – PPD (n = 40)

Średnia sumy wyników w badanej grupie kobiet wyniosła 1,50, a odchylenie standardowe – 0,482.



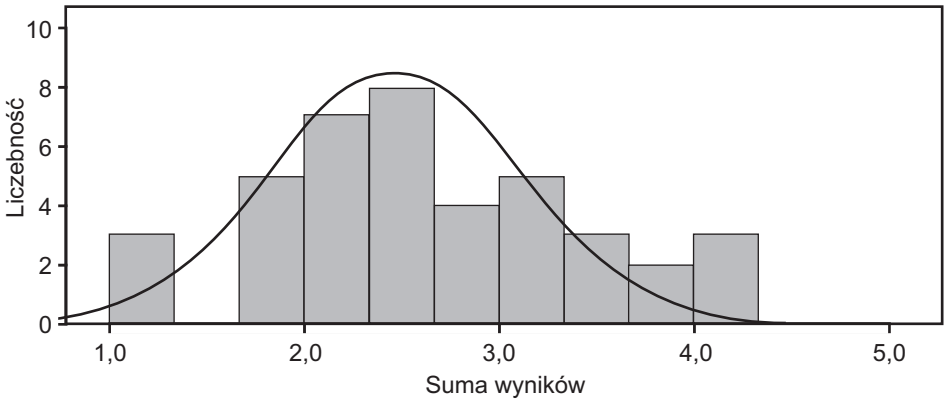
Rys. 8. Rozkład wyników zmiennej: obniżony próg doznań – OPD (n = 40)

Średnia sumy wyników w badanej grupie kobiet wyniosła 2,10, a odchylenie standardowe – 0,979.



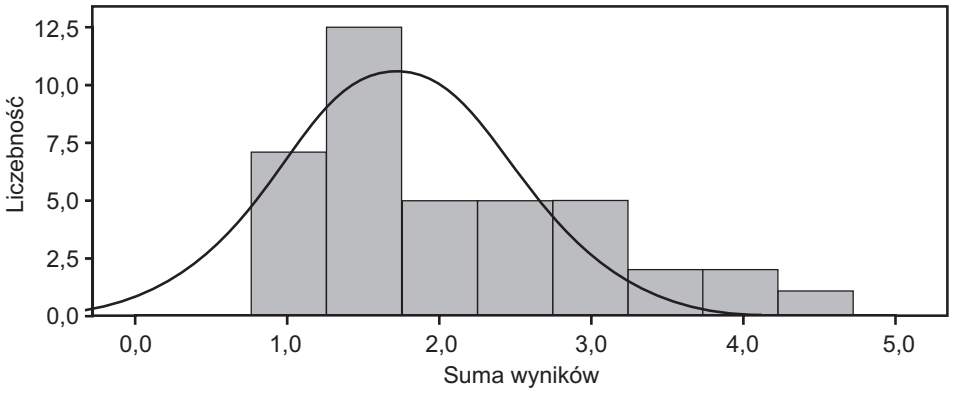
Rys. 9. Rozkład wyników zmiennej: interpretacja doznań w kategoriach emocji – EMO (n = 40)

Średnia sumy wyników w badanej grupie kobiet wyniosła 2,36, a odchylenie standardowe – 0,806.



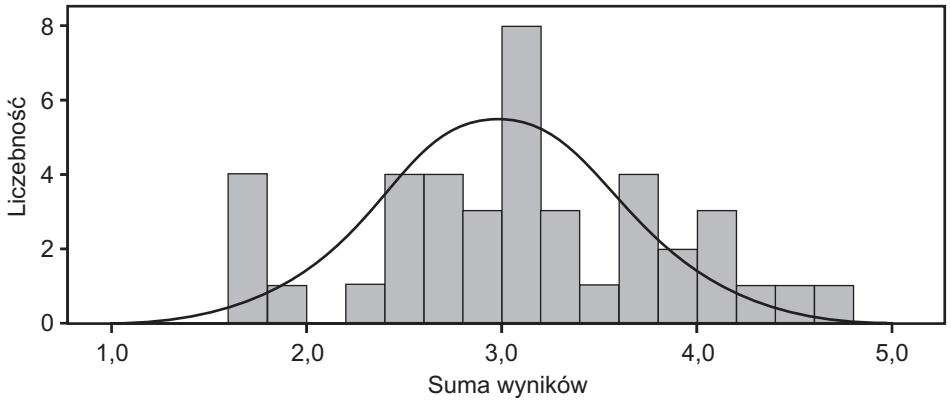
Rys. 10. Rozkład wyników zmiennej: interpretacja doznań w kategoriach stanów fizycznych – STA (n = 40)

Średnia sumy wyników w badanej grupie kobiet wyniosła 2,57, a odchylenie standardowe – 0,793.



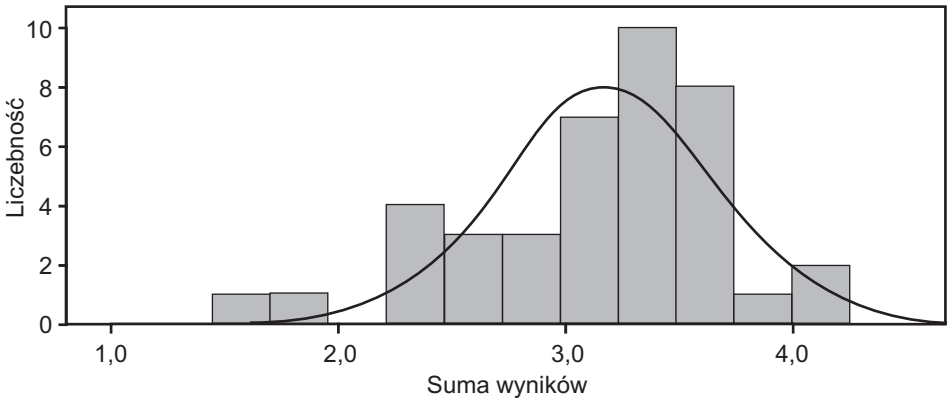
Rys. 11. Rozkład wyników zmiennej: interpretacja doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej – TOŻ (n = 40)

Średnia sumy wyników w badanej grupie kobiet wyniosła 2,08, a odchylenie standardowe – 0,959.



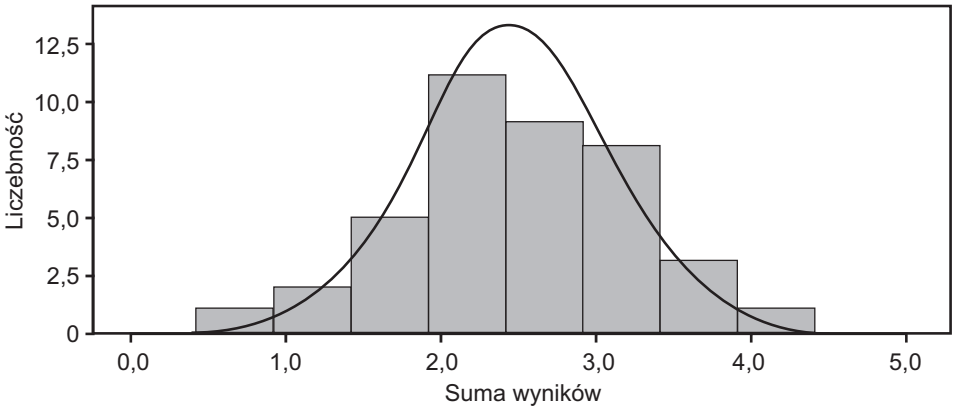
Rys. 12. Rozkład wyników zmiennej: regulacja emocji – REM (n = 40)

Średnia sumy wyników w badanej grupie kobiet wyniosła 3,07, a odchylenie standardowe – 0,757.



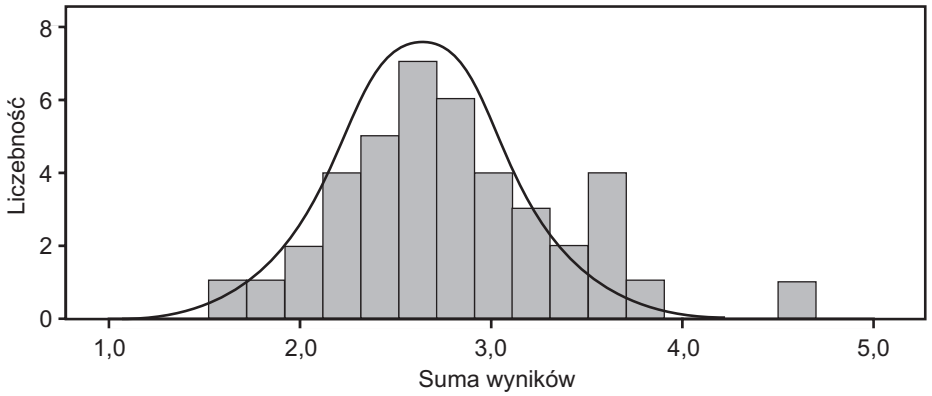
Rys. 13. Rozkład wyników zmiennej: regulacja stanów fizycznych – RSF (n = 40)

Średnia sumy wyników w badanej grupie kobiet wyniosła 3,14, a odchylenie standardowe – 0,553.



Rys. 14. Rozkład wyników zmiennej: stosunek emocjonalny do ciała – SEC (n = 40)

Średnia sumy wyników w badanej grupie kobiet wyniosła 2,50, a odchylenie standardowe – 0,721.



Rys. 15. Rozkład wyników zmiennej: siła funkcji Ja cielesnego (n = 40)

Średnia sumy wyników w badanej grupie kobiet wyniosła 2,72, a odchylenie standardowe – 0,595.

Tabela 3

Korelacje wyników, uzyskanych w próbie kobiet znajdujących się w okresie okołomenopauzalnym (N = 40), pomiędzy Ja cielesnym (PPD, OPD, EMO, STA, TOŻ, REM, RSF, SEC, JAsiła) a częstością i intensywnością doświadczanych objawów menopauzalnych (psychologicznych, wazomotorycznych, somatycznych)

		OPczęstość	OWczęstość	OSczęstość	OPinten	OWinten	OSinten
1	2	3	4	5	6	7	8
PPD[a]	Korelacja Pearsona	0,147	0,156	0,120	0,152	–0,056	0,027
	Istotność (dwustronna)	0,367	0,335	0,461	0,348	0,733	0,869
OPD	Korelacja Pearsona	0,263	0,192	0,253	0,138	0,097	0,212
	Istotność (dwustronna)	0,101	0,235	0,116	0,397	0,551	0,188
EMO	Korelacja Pearsona	**0,404****	0,296	0,257	**0,465****	0,232	0,277
	Istotność (dwustronna)	**0,010**	0,064	0,110	**0,003**	0,149	0,084
STA	Korelacja Pearsona	**0,380***	**0,346***	0,278	0,268	0,222	0,179
	Istotność (dwustronna)	**0,016**	**0,029**	0,083	0,095	0,169	0,270
TOŻ	Korelacja Pearsona	**0,399***	**0,341***	0,291	**0,392***	0,238	0,281
	Istotność (dwustronna)	**0,011**	**0,031**	0,069	**0,012**	0,140	0,079

Tabela 3 (cd.)

1	2	**3**	4	5	6	7	8
REM	Korelacja Pearsona	**0,363***	**0,377***	0,270	0,219	0,195	0,309
	Istotność (dwustronna)	**0,021**	**0,017**	0,093	0,174	0,229	0,053
RSF	Korelacja Pearsona	0,277	0,157	0,005	0,197	–0,019	–0,035
	Istotność (dwustronna)	0,084	0,333	0,974	0,222	0,908	0,832
SEC	Korelacja Pearsona	**0,315***	0,227	0,243	0,138	0,068	0,138
	Istotność (dwustronna)	**0,047**	0,160	0,131	0,395	0,676	0,396
JA sila	Korelacja Pearsona	**0,485****	**0,399***	**0,342***	**0,378***	0,208	0,288
	Istotność (dwustronna)	**0,002**	**0,011**	**0,031**	**0,016**	0,197	0,071

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie); ** korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).

[a] W pierwszym wierszu zawarte są wartości korelacji Pearsona, a w drugim – istotność (dwustronna).

O z n a c z e n i a: OPczęstość – objawy psychologiczne (częstość), OWczęstość – objawy wazomotoryczne (częstość), OSczęstość – objawy somatyczne (częstość), OPinten – objawy psychologiczne (intensywność), OWinten – objawy wazomotoryczne (intensywność), OSinten – objawy somatyczne (intensywność), PPD – podwyższony próg doznań, OPD – obniżony próg doznań, EMO – interpretacja doznań w kategoriach emocji, STA – interpretacja doznań w kategoriach stanów fizycznych, TOŻ – interpretacja doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej, REM – regulacja emocji, RSF – regulacja stanów fizycznych, SEC – stosunek emocjonalny do własnego ciała, JAsiła – ogólna siła funkcji Ja cielesnego.

Ź r ó d ł o: opracowanie własne.

Weryfikacja postawionej hipotezy badawczej opierała się na analizie związku Ja cielesnego z częstością i intensywnością objawów menopauzalnych. W tym celu posłużono się korelacją *r*-Pearsona. W badanej próbie kobiet stwierdzono istnienie związku (tab. 3) pomiędzy częstością psychologicznych objawów menopauzalnych a: interpretacją doznań w kategoriach emocji (EMO, $r = 0{,}404$; $p = 0{,}010$), w kategoriach stanów fizycznych (STA, $r = 0{,}380$; $p < 0{,}016$), interpretacją doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej (TOŻ, $r = 0{,}399$; $p < 0{,}011$), regulacją emocji (REM, $r = 0{,}363$; $p < 0{,}021$), stosunkiem emocjonalnym wobec własnego ciała (SEC, $r = 0{,}315$; $p < 0{,}047$) oraz siłą funkcji Ja cielesnego (JAsiła, $r = 0{,}485$; $p < 0{,}002$). Wykryto także związek pomiędzy częstością wazomotorycznych objawów menopauzalnych a: interpretacją doznań w kategoriach stanów fizycznych (STA, $r = 0{,}346$;

$p < 0{,}029$), interpretacją doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej (TOŻ, $r = 0{,}341$; $p < 0{,}031$), regulacją emocji (REM, $r = 0{,}377$; $p < 0{,}017$) oraz siłą funkcji Ja cielesnego (JAsiła, $r = 0{,}399$; $p < 0{,}011$). Określono również istnienie zależności pomiędzy częstością somatycznych objawów menopauzy a siłą funkcji Ja cielesnego (JAsiła, $r = 0{,}342$; $p < 0{,}031$) oraz pomiędzy intensywnością psychologicznych objawów menopauzalnych a interpretacją doznań w kategoriach emocji (EMO, $r = 0{,}465$; $p < 0{,}003$), w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej (TOŻ, $r = 0{,}392$; $p < 0{,}012$) oraz siłą funkcji Ja cielesnego (JAsiła, $r = 0{,}378$; $p < 0{,}016$).

2.4.2. Predyktory częstości i intensywności objawów menopauzy

W celu wyłonienia predyktorów częstości i intensywności doświadczanych objawów menopauzalnych posłużono się analizą regresji liniowej.

Wyodrębniono cztery statystycznie istotne predyktory częstości psychologicznych objawów menopauzalnych (tab. 4): interpretacja doznań w kategoriach emocji (EMO) ($p < 0{,}010$), w kategoriach stanów fizycznych (STA) ($p < 0{,}016$), w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej (TOŻ) ($p < 0{,}031$) oraz regulacja stanów emocjonalnych (REM) ($p < 0{,}021$). Analiza regresji ujawniła, iż pozostałe podskale kwestionariusza Ja cielesnego – podwyższony

Tabela 4

Predyktory częstości psychologicznych objawów menopauzy

Analizowana zmienna niezależna	R^2	Statystyka F	Istotność F	Niestandaryzowany współczynnik regresji B	Standaryzowany współczynnik regresji β	Istotność
Interpretacja doznań w kategoriach emocji EMO	0,163	7,415	0,01	5,726	0,404	0,010
Interpretacja doznań w kategoriach stanów fizycznych STA	0,145	6,423	0,16	5,473	0,380	0,016
Interpretacja doznań w kategorii zaburzonego poczucia tożsamości TOŻ	0,116	5,003	0,031	3,035	0,341	0,031
Regulacja stanów emocjonalnych REM	0,132	5,768	0,021	5,478	0,363	0,021

Źródło: opracowanie własne.

próg doznań (PPD), obniżony próg doznań (OPD), regulacja stanów fizycznych (RSF), stosunek emocjonalny do własnego ciała (SEC) – nie okazały się istotnymi statystycznie wyznacznikami częstości psychologicznych objawów menopauzalnych.

Tabela 5

Predyktory częstości wazomotorycznych objawów menopauzy

Analizowana zmienna niezależna	R^2	Statystyka F	Istotność F	Niestandaryzowany współczynnik regresji B	Standaryzowany współczynnik regresji β	Istotność
Regulacja stanów emocjonalnych REM	0,142	6,289	0,017	4,248	0,377	0,017
Regulacja stanów fizycznych STA	0,120	5,164	0,029	3,719	0,346	0,029

Źródło: opracowanie własne.

Wyodrębniono dwa statystycznie istotne predyktory częstości wazomotorycznych objawów menopauzalnych (tab. 5): regulacja stanów emocjonalnych (REM) ($p < 0,017$) oraz regulacja stanów fizycznych (RSF) ($p < 0,029$).

Ponadto analiza regresji nie wykazała żadnych statystycznie istotnych predyktorów częstości somatycznych objawów menopauzalnych.

Tabela 6

Predyktory intensywności wazomotorycznych objawów menopauzy

Analizowana zmienna niezależna	R^2	Statystyka F	Istotność F	Niestandaryzowany współczynnik regresji B	Standaryzowany współczynnik regresji β	Istotność
Interpretacja doznań w kategoriach emocji EMO	0,216	10,462	0,003	6,436	0,465	0,003
Interpretacja doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej TOŻ	0,154	6,916	0,012	4,568	0,392	0,012

Źródło: opracowanie własne.

Interpretacja doznań w kategoriach emocji (EMO) ($p < 0{,}003$) oraz w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej (TOŻ) ($p < 0{,}012$) okazała się statystycznie istotnym predyktorem intensywności wazomotorycznych objawów menopauzalnych (tab. 6).

Tabela 7

Predyktor – siła Ja cielesnego – częstości psychologicznych, wazomotorycznych, somatycznych objawów menopauzy i intensywności psychologicznych objawów menopauzy

Analizowana zmienna zależna	R^2	Statystyka F	Istotność F	Niestandaryzowany współczynnik regresji B	Standaryzowany współczynnik regresji β	Istotność
OP (częstość)	0,235	11,705	0,002	9,320	0,485	0,002
OW (częstość)	0,159	7,180	0,011	5,719	0,399	0,011
OS (częstość)	0,117	5,040	0,031	4,730	0,342	0,031
OP (intensywność)	0,143	6,346	0,016	7,102	0,378	0,016

Źródło: opracowanie własne.

Analiza regresji nie wykazała również żadnych statystycznie istotnych predyktorów intensywności somatycznych objawów menopauzalnych.

Siła Ja cielesnego okazała się istotnym statystycznie predyktorem (tab. 7) częstości objawów psychologicznych ($p < 0{,}002$), wazomotorycznych ($p < 0{,}011$) i somatycznych ($p < 0{,}031$) oraz intensywności psychologicznych ($p < 0{,}016$) objawów menopauzalnych. Natomiast siła Ja cielesnego okazała się nieistotna w odniesieniu do intensywności wazomotorycznych i somatycznych objawów menopauzalnych.

3. Dyskusja

Uzyskane rezultaty wskazują, iż badane kobiety znajdujące się w okresie okołomenopauzalnym doznają nie tylko intensywnych objawów wazomotorycznych i somatycznych, lecz także charakteryzują się nieprawidłowościami w zakresie funkcjonowania Ja cielesnego. Ponadto doświadczają obniżonej wrażliwości na bodźce płynące z otoczenia, co oznacza, iż nawet niewielki bodziec wywołuje u nich silne doznanie cielesne. Mają trudności zarówno z nazywaniem, jak i różnicowaniem własnych emocji oraz stanów fizycznych. Interpretują doznania w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej, a więc nie mają jasności co do granic własnego ciała, błędnie przypisują przyczyny własnym doznaniom, emocjom oraz stanom cielesnym, odczuwają

wewnętrzną pustkę, a także towarzyszy im uczucie obcości wobec doznań płynących z ciała. Najwięcej nieprawidłowości badane kobiety ujawniają w zakresie regulacji stanów fizycznych i emocjonalnych, co oznacza, iż nie potrafią określić przyczyn zarówno własnych stanów fizycznych, jak i emocjonalnych, oraz nie radzą sobie z nimi. W efekcie nie zaspokajają potrzeb cielesnych i nie są zdolne do opanowania negatywnych emocji oraz do wzbudzenia i podtrzymania pozytywnych stanów emocjonalnych. Ogólnie można powiedzieć, iż badane kobiety charakteryzuje negatywny stosunek do własnego ciała.

Istnieje ścisły związek pomiędzy częstością psychologicznych, wazomotorycznych i somatycznych objawów menopauzalnych oraz pomiędzy intensywnością psychologicznych objawów menopauzalnych a interpretowaniem pobudzenia własnego organizmu w kategoriach emocji (EMO) i zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej (TOŻ) oraz umiejętnością nazywania stanów własnego organizmu (STA) trafnym identyfikowaniem przyczyn własnych stanów fizycznych (RSF) i emocjonalnych (REM), a także stosunkiem emocjonalnym do własnego ciała (SEC) i ogólną siłą funkcji Ja cielesnego (siła JA). Prawdopodobnie wynika to z faktu, iż sposób doświadczania własnego ciała wpływa na doznawanie częstości psychologicznych, wazomotorycznych i somatycznych objawów oraz na intensywność psychologicznych objawów menopauzalnych. Biorąc pod uwagę siłę zaobserwowanych związków, można również wysunąć wniosek, iż badane kobiety, doświadczające intensywnych wazomotorycznych i somatycznych objawów menopauzalnych, charakteryzuje słabe Ja cielesne, które obejmuje nieprawidłowości w doznawaniu (obniżone progi doznań), problemy z interpretacją emocji oraz stanów fizycznych i ich regulacją, interpretację doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej oraz negatywny stosunek do własnego ciała. Ponadto na podstawie umiejętności nazywania własnego pobudzenia w kategoriach emocji i jego regulacji, werbalizowania stanu własnego organizmu oraz interpretacji doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej można przewidzieć częstość psychologicznych objawów menopauzalnych. Prawdopodobnie pojawienie się nieprawidłowości w obrębie interpretacji doznań w kategoriach stanów fizycznych, emocjonalnych i zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej oraz w zakresie umiejętności rozpoznawania przyczyn nadmienionych stanów generuje lęk, uczucie pustki i rozmycia granic własnego ciała oraz poczucie obcości wobec ciała. A to z kolei, w połączeniu z fizjologicznymi zmianami w organizmie, wynikającymi z działalności hormonalnej, jaka ma miejsce w okresie okołomenopauzalnym, przyczynia się do odczuwania częstych objawów psychologicznych, które zawierają w sobie komponent związany z niepokojem oraz depresją.

Na podstawie identyfikowania przyczyn własnych stanów emocjonalnych i fizycznych oraz umiejętności radzenia sobie z tymi stanami poprzez podejmowanie adaptacyjnych strategii radzenia sobie, można przewidywać

częstość wazomotorycznych objawów menopauzalnych. Z kolei nazywanie własnego pobudzenia w kategoriach emocji oraz interpretowanie doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej okazało się predyktorem intensywności wazomotorycznych objawów menopauzalnych. Oznacza to, iż nieprawidłowości w zakresie tych funkcji Ja cielesnego wiążą się z częstym i intensywnym doznawaniem wazomotorycznych objawów menopauzalnych. Należy również podkreślić, iż siła funkcji Ja cielesnego okazała się predyktorem częstości psychologicznych, wazomotorycznych i somatycznych objawów menopauzalnych oraz intensywności psychologicznych objawów menopauzalnych. Można więc powiedzieć, iż słabe Ja cielesne charakteryzujące się zaburzeniami w obrębie doznawania, interpretowania oraz regulowania stanów fizycznych i emocjonalnych (nieznajomość lub nieprawidłowe przypisywanie przyczyn emocjom i stanom fizycznym oraz niezdolność do podjęcia adaptacyjnych strategii radzenia sobie z tymi stanami) wpływa na częstość doznawanych psychologicznych, wazomotorycznych i somatycznych objawów menopauzalnych oraz na doświadczanie intensywnych psychologicznych objawów menopauzalnych.

Nieznajomość lub nieprawidłowe przypisywanie przyczyn rodzącym się w ciele emocjom i stanom fizycznym oraz niemożność ich nazwania sprawiają, że badane kobiety nie radzą sobie z omawianymi stanami. Uzyskane wyniki są zgodne z modelem teoretycznym zaprezentowanym przez A. T. Veeninga i F. W. Kraaimaat, którzy z jednej strony zakładają istnienie czynników kulturowych oddziałujących na sposób doświadczania objawów menopauzy –odbieranie i interpretowanie doznań płynących z własnego ciała w kategoriach objawów menopauzy – z drugiej zaś – uważają, że odbieranie, nazywanie i radzenie sobie z doznaniami pochodzącymi z własnego ciała zależy od wielu czynników psychologicznych, w tym również, jak pokazują zaprezentowane badania, od fizycznego poczucia własnej tożsamości cielesnej (Ja cielesne). Przyjęcie negatywnej postawy względem własnego ciała, uwarunkowanej czynnikami kulturowymi i indywidualnymi oraz spostrzeganie własnej cielesności w kontekście zmian chorobowych, przy określonych cechach osobowości, podejmowanych strategiach radzenia sobie w trudnych sytuacjach, współistniejących zaburzeniach psychicznych oraz negatywnych wydarzeniach życiowych, prowadzić może do nadmiernej koncentracji na własnej cielesności, a w konsekwencji do poczucia, iż doświadczane objawy menopauzy są częste i dość intensywne. Wiedza na temat predyktorów częstości i intensywności doświadczanych psychologicznych, wazomotorycznych i somatycznych objawów menopauzalnych umożliwi stworzenie programów psychoedukacyjnych skupiających się na poprawie negatywnego nastawienia do menopauzy i starzenia się, zwracających uwagę na stres związany z menopauzą, cierpieniem i radzeniem sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi.

4. Wnioski

1. Badane kobiety znajdujące się w okresie okołomenopauzalnym charakteryzują się intensywnym doświadczaniem wazomotorycznych i somatycznych objawów menopauzy oraz doświadczaniem stanów obniżonej wrażliwości na bodźce płynące z otoczenia (OPD), a także występowaniem nieprawidłowości w zakresie interpretacji doznań w kategoriach emocji (EMO), stanów fizycznych (STA) i zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej (TOŻ) oraz w zakresie regulacji emocji (REM) i stanów fizycznych (RSF). Ponadto badane kobiety cechuje negatywny stosunek emocjonalny wobec własnego ciała (SEC) i słaba siła funkcji Ja cielesnego (JAsiła).

2. W grupie badanych kobiet znajdujących się w okresie okołomenopauzalnym stwierdzono istnienie związku pomiędzy:

– częstością psychologicznych objawów menopauzalnych a interpretacją doznań w kategoriach emocji (EMO), stanów fizycznych (STA) oraz zaburzonym poczuciem tożsamości cielesnej (TOŻ), regulacją emocji (REM), stosunkiem emocjonalnym wobec własnego ciała (SEC) i siłą funkcji Ja cielesnego (JAsiła);

– częstością wazomotorycznych objawów menopauzalnych a interpretacją doznań w kategoriach stanów fizycznych (STA) i zaburzonym poczuciem tożsamości cielesnej (TOŻ), regulacją emocji (REM) i siłą funkcji Ja cielesnego (JAsiła);

– częstością somatycznych objawów menopauzalnych a siłą funkcji Ja cielesnego (JAsiła).

Stwierdzono również związek pomiędzy intensywnością psychologicznych objawów menopauzalnych a interpretacją doznań w kategoriach emocji (EMO) i zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej (TOŻ) oraz siłą funkcji Ja cielesnego (Jasiła).

3. Wyłoniono cztery predyktory częstości psychologicznych objawów menopauzalnych – interpretacja doznań w kategoriach emocji (EMO), interpretacja doznań w kategoriach stanów fizycznych (STA), interpretacja doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej (TOŻ), regulacja stanów emocjonalnych (REM); dwa predyktory częstości wazomotorycznych objawów menopauzalnych – regulacja stanów emocjonalnych (REM), regulacja stanów fizycznych (RSF); dwa predyktory intensywności wazomotorycznych objawów menopauzalnych – interpretacja doznań w kategoriach emocji (EMO) i interpretacja doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej (TOŻ).

4. Okazało się również, iż siła Ja cielesnego jest predyktorem częstości psychologicznych, wazomotorycznych i somatycznych objawów menopauzalnych oraz intensywności psychologicznych objawów menopauzalnych.

Bibliografia

B a u l d R., B r o w n R. (2009), *Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women*, „Maturitas", **62**, 160–165.

B i e l a w s k a-B a t o r o w i c z E. (2004a), *Moje samopoczucie – polska adaptacja kwestionariusza Menopause Symptom List Janette M. Perz*, „Acta Universitatis Lodziensis", Folia Psychologica 8.

B i e l a w s k a-B a t o r o w i c z E. (2004b), *Sposób prezentowania menopauzy a ocena związanych z nią zmian*, „Przegląd Menopauzalny", **3**, 24–30.

B i e l a w s k a-B a t o r o w i c z E. (2005a), *Koncepcje menopauzy. Część I – ujęcie demograficzne i kulturowe*, „Przegląd Menopauzalny", **2**, 10–18.

B i e l a w s k a-B a t o r o w i c z E. (2005b), *Występowanie objawów uznawanych za typowe dla menopauzy u kobiet i mężczyzn w wieku 45–55 lat*, „Przegląd Menopauzalny", **1**, 53–60.

B i e l a w s k a-B a t o r o w i c z E. (2007), *Temperament, osobowość i styl radzenia sobie ze stresem a częstość i intensywność objawów menopauzalnych*, „Przegląd Menopauzalny", **2**, 70–76.

B i h-C h i n g S., W e i-M i n g L., S h i h-M i n g L., S h i n-y i L. (2007), *Self-concept and menopause among mid-life women: A survey in southerm Taiwan*, „Maturitas", **57**, 132–138.

R e r o ń A., H u r a s H. (2005), *Psychologiczne aspekty okresu okołomenopauzalnego*, „Przegląd Ginekologiczno-Położniczy", **5** (1), 33–36.

S a k s o n-O b a d a O. (2009), *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*, Difin, Warszawa.

S k r z y p u l e c V., D r o s d z o l A., F e r e n s o w i c z J., N o w o s i e l s k i K. (2003), *Ocena wybranych aspektów życia psychicznego kobiet w okresie okołomenopauzalnym*, „Ginekologia Praktyczna", 11, 26–34.

Grażyna Dolińska-Zygmunt, *Małgorzata Włodarczyk*

Body self and the perception of menopausal symptoms

A great number of previous research has proved that there is a relation between psychological factors and experiencing menopausal symptoms. There have been analysed, among others, personal subject qualities as well as the importance of life events happening to women in the menopausal period. It has been shown that the role of psychological variables most of all appears in moderating the perception of the signals coming from the body and in the ways of interpreting them. In the research hitherto conducted there has been no analysis of the relation/dependence between body identity, the qualities of body self and experiencing menopausal symptoms, although many researchers have been suggesting the existence of such a relation/dependence.

The aim of the article is to present the results of the research identifying the relation between the body self and the frequency and intensity of experienced menopausal symptoms, and to identify the predictors of the frequency and intensity of menopausal symptoms. 40 women, age 40–50, participated in the research. The analysis of the Pearson correlation proved the existence of the relation between the body self and the frequency of psychic, vasomotorical and somatic

menopausal symptoms and the intensity of psychic menopausal symptoms. The linear regression analysis distinguished the statistically significant predicators of the frequency of psychic, vasomotorical and somatic menopausal symptoms and of the intensity of psychic and vasomotorical menopausal symptoms. The results show that the body self plays an important role in the perception of the menopausal symptoms.

Keywords: body self, menopause, menopausal symptoms (Ja cielesne, menopauza, objawy menopauzy).