

ARTYKUŁY

[*Articles*]

TENDENCJE BIGOREKTYCZNE U KOBIET TRENUJĄCYCH SIŁOWO W ZALEŻNOŚCI OD ICH PŁCI PSYCHOLOGICZNEJ ORAZ OBRAZU WŁASNEGO CIAŁA

Beata Ziółkowska¹, Agata Dobrogoszcz²

BIGORECTIC TENDENCIES IN STRENGTH TRAINING WOMEN
DEPENDING ON GENDER AND BODY IMAGE

Summary. Bigorectic tendencies are more and more visible not only in the population of men, but also in young women. The aim of the research was to establish the relationship between the tendency to develop bigorexia in women who train in strength and their psychological gender and body image. The key variables were measured using the *Psychological Gender Inventory* by Alicja Kuczyńska, the *Scale of Satisfaction with Individual Parts and Parameters of the Body* by Alicja Głębocka and the *Questionnaire for the Study of Eating Disorders and Body Image in Men (KBZOM II)* by Beata Pawłowska, Zofia Stankiewicz and Emilia Potembska. The proper group consisted of 60 women in the stage of early adulthood training strength, and the control group of 60 women in the stage of early adulthood training aesthetic sports (here: fitness). It has been shown that in the group of women training strength, there is: 1) a significantly greater tendency to develop bigorexia than in women training fitness; 2) more frequent androgynous psychological sex. Moreover, it has been proven that the tendencies towards bigorexia are related to the attitude of the respondents to their own body.

Key words: bigorexia, body image, psychological gender, early adulthood, women, strength and aesthetic sports

¹ Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy (Faculty of Psychology, Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz), ORCID: 0000-0002-9864-4634.

² Płock, ORCID: 0000-0003-3709-8323.

Adres do korespondencji: Beata Ziółkowska,
e-mail: beataz@ukw.edu.pl

Wprowadzenie

Dysmorfia mięśniowa inaczej „bigoreksja” (*big* – z ang. duży; *orexis* – z łac. apetyt) nazywana bywa także „odwrotną anoreksją” (z ang. *reverse anorexia*) (Doiczman i in., 2016), czy też syndromem Adonisa (z ang. *Adonis complex*) (Pope, Phillips, Olivardia, 2000). Dysmorfie mięśniową zaklasyfikowano do zaburzeń typu dysmorfofobia (DSM-III-R, 1987), pomimo że nie cechuje jej irracjonalny strach. Obecnie w klasyfikacji DSM-5 (2013) oraz zapowiedziach ICD-11 (2018) jest ona ujmowana jako cieleśne zaburzenie dysmorficzne (z ang. *body dysmorphic disorder* – BDD) charakteryzujące się „zaabsorbowaniem wyimaginowanym lub niewielkim defektem w wyglądzie danej osoby (dotyczącym na przykład twarzy, włosów, skóry), które prowadzi do klinicznie znaczącego dystresu, pogorszenia funkcjonowania społecznego i/lub zawodowego” (Schier, 2009, s. 71). Choć wskazuje się na podobieństwo dysmorficznych zaburzeń ciała do zaburzeń ze spektrum OCD (z ang. *obsessive-compulsive disorder*), jednak ich natura i etiologia nie są identyczne (Mąciak, Kowalska-Dąbrowska, 2015, s. 25).

H. Pope z zespołem (za: Michalska i in., 2016, s. 502–503) wyodrębnili następujące kryteria diagnostyczne dysmorfii mięśniowej: (1) skupienie się na własnym wyglądzie zewnętrznym, zwłaszcza masie ciała, i dążenie do jego poprawy (ograniczenia dietetyczne, nadmierna aktywność fizyczna); (2) zaniechanie norm społecznych w celu przestrzegania ograniczeń oraz utrzymania masy ciała; (3) unikanie sytuacji, w których ciało jest szczególnie podatne na ocenę społeczną (basen, plaża); (4) kontynuowanie ograniczeń dietetycznych, nadmiernych ćwiczeń oraz włączanie leków pomimo negatywnych konsekwencji tych działań. Z kolei R. Olivardia (2002, za: Schier, 2009, s. 71), na podstawie badań wśród kulturystów, wskazał następujące ich cechy: (1) całkowite lub częściowe niezadowolenie ze swojego ciała; (2) myślenie o swojej muskulaturze więcej niż trzy godziny dziennie; (3) unikanie pewnych aktywności lub osób, które mogłyby dostrzec defekty ciała; (4) przejawianie niekontrolowanych zachowań kompulsyjnych (np. restrykcyjna dieta, codzienne ważenie się); (5) uzyskiwanie wysokich wyników w testach do pomiaru depresji, zaburzeń lękowych oraz zaburzeń odżywiania.

Bigoreksję należy różnicować z nałogowym uprawianiem ćwiczeń fizycznych, należącym do uzależnień behawioralnych (Habrát, 2016). Choć w obu przypadkach mamy do czynienia z pełną koncentracją na intensywnej aktywności fizycznej, to osoba z BDD poprzez ćwiczenia zmierza do powiększenia swojej muskulatury, natomiast uzależniona od ćwiczeń, radzi sobie za pomocą treningu z negatywnym afektem wynikającym z doświadczania stresu w życiu codziennym (Habrát, 2016). Bigoreksja powoduje upośledzenie funkcjonowania człowieka w sferze zawodowej i społecznej (Tod, Edwards, Cranswick, 2016), ma także negatywny wpływ na jego życie seksualne oraz ogólną jakość życia (Doiczman i in., 2016).

Największe rozpowszechnienie bigoreksji występuje u osób w stadium adolescencji oraz młodych dorosłych (Kluczyńska, 2014), a wyniki badań R. Lemberga (za:

Doiczman i in., 2016) wskazują, że stosunek kobiet i mężczyzn cierpiących na to zaburzenie wynosi 1:4. Umasowienie MD (z ang. *muscle dysmorphia*) wśród mężczyzn uprawiających trening siłowy wynosi od 10% do 84% (Kropiwnicki, Rabe-Jabłońska 2005, s. 49). Szacuje się, że w USA liczba chorych może sięgać nawet 500 000 osób (Kropiwnicki, Rabe-Jabłońska 2005). Niestety nie opublikowano jeszcze danych epidemiologicznych dotyczących rozmiarów problemu w innych krajach, w tym w Polsce.

Dysmorfia mięśniowa bardzo często współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi (m.in. odżywiania, nastroju, lękowymi, obsesyjno-komplusyjnymi; Olivardia, 2001) i z nadużywaniem alkoholu lub/i narkotyków (Kropiwnicki, Rabe-Jabłońska, 2005). Do rozwoju dysmorfii mięśniowej predysponują zwiększony poziom lęku oraz objawy nerwicowe (Chandler i in., 2009).

Kolejny konstrukt, którego przybliżenie konieczne jest z uwagi na cel badań własnych, to „obraz ciała”. W piśmiennictwie naukowym pojęcie to jest zamieniane używane z takimi terminami, jak „wizerunek ciała”, „atrakcyjność fizyczna”, „ocena ciała”, „zadowolenie z wyglądu”, „samoocena ciała” oraz „schemat ciała” (Głębocka, 2010; Schiep, Szymańska, 2012). Po raz pierwszy termin „wizerunek ciała” (z ang. *body image*) pojawił się w pracy P. Schildera (1950, za: Brytek-Matera, Charzyńska, 2009), który ujmował go jako „obraz własnego ciała kreowany w umysłach wszystkich ludzi, jak również sposób, w jaki ciało wygląda dla nich samych” (Kościuk i in., 2014). Współcześnie konstrukt ten jest pojmowany wielowymiarowo. Wymienia się jego następujące komponenty (Brytek-Matera, Charzyńska, 2009): (1) percepcyjny, odnoszący się do możliwości oceny rozmiarów i kształtu własnej budowy zewnętrznej; (2) poznawczy, składający się na sposób myślenia jednostki o swoim ciele; (3) emocjonalny, związany z uczuciami dotyczącymi własnej sylwetki; (4) behawioralny, manifestujący się w postawie względem swego ciała; (5) interpretacja bodźców płynących z ciała; (6) interpretacja bodźców zewnętrznych, przede wszystkim wizualnych i dotykowych; (7) opinie i oceny (własne i otoczenia).

Postrzeganie swojej zewnętrznej aparycji jest wyraźnie zależne od informacji pochodzących ze środowiska zewnętrznego: rodzinnego, rówieśniczego i partnerskiego. Psychologowie (Ata, Ludden, Lally, 2007) wskazują, że rodzice są wzorem nawyków żywieniowych oraz podejścia do problemów atrakcyjności fizycznej. Na co dzień głównie córki naśladują zachowania rodziców, które odnoszą się do wyglądu zewnętrznego. Przykładem jest powielanie przez córkę zachowań matki, jej ćwiczeń i kuracji stosowanych w celu osiągnięcia szczupłej sylwetki (Striegel-Moore, Kearney-Cooke, 1994). W okresie dorastania istotny wpływ na wizerunek ciała młodego człowieka mają rówieśnicy. Grupa odniesienia może pełnić pokrewne funkcje jak środowisko rodzinne, lecz także utrzymywać lub wzmacniać zaburzony wizerunek ciała (Brytek-Matera, 2008). Dziewczęta i młode kobiety porównują swoją aparycję z wyglądem koleżanek, biorąc pod uwagę w szczególności wzrost, masę, kształt i budowę ciała oraz twarz (Jones, 2001). Wyniki takich porównań mogą powodować spadek samooceny i poczucia własnej wartości (Gibbons, 2000). Także partnerzy pełnią istotną funkcję w spostrzeganiu przez kobietę własnego ciała. Komunikaty

dotyczące niedoskonałości partnerki sprawiają, że ta doświadcza często niezadowolenia z siebie, lęku i przygnębienia (Grogan, 1999, za: Głębocka, Kulbat, 2005).

W obecnej rzeczywistości nie tylko doświadczenia w przestrzeni realnej, ale także wirtualnej regulująco wpływają na funkcjonowanie człowieka. Telewizja, Internet, prasa itp. promują określone standardy estetyczne. Pożądanym ideałem jest szczupłe i smukłe ciało u kobiet oraz umięśnione u mężczyzn (Brytek-Matera, 2008). Upowszechniany przez media wizerunek jest przyczyną wysokiego niezadowolenia z własnej aparycji zarówno kobiet, jak i mężczyzn, ponieważ często, mimo starań, nie jest możliwy do zrealizowania (jedynie 3–5% populacji jest w stanie osiągnąć wygląd przeciętnej modelki), co w efekcie może prowadzić m.in. do rozwinięcia zachowań bigorektycznych oraz zaburzeń odżywiania (Hoyt, Kogan, 2001; Tiggemann, 2002, za: Brytek-Matera, 2008).

Ostatnim z teoretycznych terminów wymagającym wyjaśnienia jest płęć psychologiczna. S. Bem (1975; za: Bojkowski, 2013) jako pierwsza odrzuciła dychotomiczny podział na płęć żeńską i męską, konstruując przy tym Teorię schematów płciowych (*Gender Schema Theory*). Autorka utrzymuje, że od dzieciństwa przyswajamy kulturowe definicje kobiecości i męskości, ucząc się przy tym analizowania i organizowania danych w kategoriach rozwijającego się schematu płci (z ang. *gender schema*). Pozwala on na sortowanie osób, atrybutów, działań do kobiecego lub męskiego typu. Poznawanie, uczenie się i przyswajanie od najmłodszych lat treści związanych ze schematami płci pozwala na ich wyselekcjonowanie i dołączenie do własnej koncepcji osoby (z ang. *self-concept*). S. Bem (za: Sankowski, 2001) wyodrębniła cztery rodzaje płci psychologicznej, będące następstwem skrzyżowania się kobiecości i męskości: (1) męski – silne cechy męskie (m.in.: dominacja, niezależność, rywalizacyjność, nastawienie na sukces, łatwość podejmowania decyzji, arogancja, poczucie humoru, kondycja fizyczną, samowystarczalność, otwartość) i słabe kobiece; (2) kobiecy – silne cechy kobiece (m.in.: wrażliwość, opiekuńczość, troskliwość, łagodność, kokieteryjność, gospodarność, czułość, refleksyjność, uczuciowość, delikatność, naiwność) i słabe męskie; (3) nieokreślony – niskie natężenie cech kobiecych i męskich; (4) androgyniczny (grec. *andro* – mężczyzna i *geny* – kobieta) – silne cechy kobiece i męskie (Kuczyńska, 1992; Sankowski, 2001). Uwzględniając jednocześnie płęć biologiczną, można wyodrębnić: osoby określone seksualnie w sposób typowy („męscy mężczyźni”, „kobięce kobiety”) oraz osoby określone seksualnie krzyżowo („kobięcy mężczyźni”, „męskie kobiety”) (Kuczyńska, 1992; Sankowski, 2001; Bojkowski, 2013). S. Bem (za: Lipińska-Grobelny, Górczycka, 2011; Bojkowski, 2013) proponuje jednocześnie, aby androgyniczny typ płci uznać za najlepszy wzorzec dla zdrowia psychicznego, bowiem kobieca opiekuńczość, wrażliwość, empatia ułatwia nawiązywanie bliskich relacji z innymi, a męskie skoncentrowanie się na sukcesach, rywalizacji oraz pewność siebie pomaga w karierze zawodowej i sprzyja osiągnięciom sportowym. W literaturze przedmiotu wspomina się o androgynii w kategoriach „modelu człowieka XXI wieku” czy też „człowieka przyszłości” (Arcimowicz, 2013).

Material i metody

Badania własne zaplanowano w taki sposób, aby uzyskać odpowiedź na pytanie, czy tendencja do rozwinięcia bigoreksji u kobiet trenujących siłowo zależy od ich płci psychologicznej i obrazu własnego ciała. W modelu badawczym przyjęto, że zmienną wyjaśnianą są tendencje bigorektyczne ujawniające się przede wszystkim w nadmiernej koncentracji na masie mięśniowej, negatywnym obrazie ciała, uzależnieniu od treningów oraz przekonaniu, że jedynie wysportowana sylwetka i umięśnione ciało jest gwarantem akceptacji społecznej oraz powodzenia w życiu (Pawłowska, Stankiewicz, Potembska, 2012). Zmienną wyjaśniającą – obraz własnego ciała – zdefiniowano jako poziom zadowolenia z poszczególnych jego części, tj.: twarzy, ramion, piersi (torsu), brzucha, bioder, ud, nóg, a także wzrostu i masy ciała (Głębocka, 2010). Do zmiennych pośredniczących zaliczono płęć psychologiczną – najważniejszy element tożsamości płciowej, w ramach której wyróżnia się: męską, kobiecą, androgyniczną i nieokreśloną (Starzomska, Kowalczyk, 2012).

Do pomiaru tendencji do zachowań bigorektycznych zastosowano *Kwestionariusz do badania zaburzeń odżywiania oraz obrazu własnego ciała u mężczyzn* (KBZOM II)³ (Pawłowska, Stankiewicz, Potembska, 2012). Narzędzie składa się z 50 pytań tworzących 7 wymiarów. Pierwszy określa nadmierną koncentrację na masie mięśniowej, drugi – radzenie sobie z emocjami poprzez objadanie się, trzeci – negatywny obraz ciała związany z poczuciem posiadania nadmiernej masy ciała, czwarty – objawy uzależnienia od treningów, piąty – negatywny obraz ciała związany z poczuciem posiadania za mało umięśnionej sylwetki, szósty – stosowanie środków przeczyszczających i prowokowanie wymiotów, a ostatni – siódmy – dotyczy przekonania, że tylko wysportowana sylwetka i umięśnione ciało gwarantują akceptację społeczną oraz powodzenie w życiu. Za wykorzystaniem tego kwestionariusza dla celów pomiaru zmiennej objaśnianej przemawia fakt, iż podskale KBZOM II mają związek z kluczowymi dla bigoreksji – wskazanymi wyżej – symptomami. Respondent ma możliwość udzielenia odpowiedzi na pytania w następujący sposób: „nigdy”, „rzadko”, „czasem”, „często”, „zawsze”, za które kolejno uzyskuje od 0 do 4 punktów. W badaniach własnych zastosowano żeńską formę itemów. Wartość wskaźnika rzetelności *alfa* Cronbacha dla poszczególnych skal była zadowalająca i oscylowała w przedziale od ,73 do ,68.

Diagnozę obrazu ciała przeprowadzono za pomocą *Skali zadowolenia z poszczególnych części i parametrów ciała* (Głębocka, 2010), dzięki której można dokonać oceny poziomu subiektywnej satysfakcji osoby badanej z określonych części oraz wymiarów jej ciała. Kwestionariusz zawiera 10 pozycji (twarz, ramiona, piersi/tors, talia/pas, brzuch, biodra, uda, nogi, wzrost i masa ciała). Do wyrażenia poziomu

³ Do pomiaru tendencji bigorektycznych wykorzystano *Kwestionariusz do badania zaburzeń odżywiania oraz obrazu własnego ciała u mężczyzn*, bowiem nie istnieje narzędzie przeznaczone do diagnozowania tego rodzaju problemów dla kobiet.

zadowolenia służy 9-stopniowa skala, w której 1 oznacza „całkowity brak zadowolenia”, 5 – „niezdecydowanie/brak zdania”, natomiast 9 – „całkowite zadowolenie”. Im wyższy wynik, tym większe zadowolenie ze swojego ciała.

Inwentarz do oceny płci psychologicznej (Kuczyńska, 1992) to narzędzie, za pomocą którego weryfikowano zmienną pośredniczącą. Kwestionariusz zawiera 35 pozycji składających się na 2 skale. Uzyskane wyniki szacuje się oddzielnie dla każdej z nich (kobiecość i męskość) poprzez zsumowanie odpowiednich pozycji, a następnie odniesienie uzyskanych wartości do przedziałów punktowych (tabela 1).

Tabela 1. Określenie typu płci psychologicznej

Liczba punktów	Skala K		
	0–51	52–75	
Skala M	0–48	Osoby nieokreślone seksualnie	Kobiety kobiety Kobiety mężczyźni
	49–75	Mężczy mężczyźni Męskie kobiety	Osoby androgyniczne

Źródło: opracowane na podstawie Kuczyńska, 1992.

W badaniach zastosowano dobór celowy, z uwagi na przyjęte kryteria włączenia do próby: wiek, płeć, określoną formę aktywności fizycznej. Finalnie zdiagnozowano kobiety w stadium wczesnej dorosłości (od 20. do 35. roku życia), które w sposób regularny, czyli co najmniej raz w tygodniu przez ostatnie trzy miesiące, ćwiczyły siłowo (60 kobiet – grupa właściwa) lub *fitness* (60 kobiet – grupa kontrolna). Do grupy kontrolnej dobrano osoby ćwiczące *fitness* z uwagi na fakt, iż jest to dyscyplina estetyczna; oczekiwano, że pomiędzy nimi a ćwiczącymi siłowo ujawnią się znaczące różnice w zakresie stosunku do własnego ciała, płci psychologicznej oraz tendencji bigorektycznych. Oczekiwano, że w kobiety ćwiczące siłowo – w stosunku do kobiet uprawiających dyscypliny estetyczne (tu: *fitness*) – uzyskają wyższe wyniki w zakresie koncentracji na masie mięśniowej, uzależnienia od treningów, negatywnego obrazu ciała związanego z poczuciem posiadania za mało umięśnionej sylwetki oraz przekonania, że tylko wysportowana sylwetka i umięśnione ciało gwarantują akceptację społeczną. Ponadto założono, że pod względem płci psychologicznej w grupie tej pojawi się istotnie wyższy odsetek „męskich kobiet” bądź osób androgynicznych.

Badania przeprowadzono indywidualnie, *online*, od listopada do grudnia 2018 roku. Formularz zamieszczono w serwisach społecznościowych i sprzężonych z nimi grupach oraz na stronach o profilu związanym z aktywnością fizyczną. Osoby badane wypełniały trzy kwestionariusze oraz metryczkę, wskazując w niej masę ciała, wzrost oraz stosowanie suplementacji. Zapoznanie się z informacjami o badaniu, instrukcjami oraz uzupełnienie wszystkich testów zajęło uczestnikom średnio 15 minut.

Wyniki

Przebadano łącznie 120 osób. Analiza całej próby w zakresie BMI wskazuje, że normową prezentowało 75% badanych, nadwagę – 1,33%, niedowagę – 7,5%, otyłość – 2,5%, natomiast wychudzenie – 1,67%. Stosowanie suplementów diety wskazało 77 osób, co stanowi 64,17% badanej próby, w tym większość kobiet trenujących siłowo. Analizy rozkładu zmiennych „płeć psychologiczna”, „obraz własnego ciała” oraz „tendencje bigorektyczne” zebrano w tabeli 2.

Tabela 2. Charakterystyka zmiennych „płeć psychologiczna”, „obraz własnego ciała” oraz „tendencje bigorektyczne” (N = 120)

	M	Min.	Max.	SD	Skośność	Kurtoza	Krzywa rozkładu
PŁEĆ PSYCHOLOGICZNA							
Męska	51,20	18,00	72,00	8,39	-,73	1,58	Test Shapiro-Wilka W = ,97; p = ,007
Kobieca	52,62	22,00	73,00	9,50	-,97	1,41	Test Shapiro-Wilka W = ,94; p = ,001
OBRAZ CIAŁA							
	52,69	15,00	82,00	18,08	-,43	-,73	Test Shapiro-Wilka W = ,95; p = ,001
TENDENCJE BIGOREKTYCZNE							
	51,55	,00	175,00	27,68	,84	2,32	Test Shapiro-Wilka W = ,96; p = ,001

Źródło: wyniki badań własnych.

Okazało się, że zarówno zmienne „płeć psychologiczna” w obu wymiarach, jak i „obraz ciała” oraz „tendencje bigorektyczne” nie przyjmują kształtu rozkładu normalnego. W związku z powyższym do dalszych analiz zastosowano testy nieparametryczne.

U podstaw badań leżało założenie, że tendencje bigorektyczne u trenujących kobiet mają związek z ich płcią psychologiczną. Przewidywanie to nie znalazło potwierdzenia. Analiza statystyczna dowiodła, że tendencje bigorektyczne nie korelują w sposób statystycznie istotny z płcią psychologiczną badanych, zarówno z męską, jak i z kobiecą. Na sformułowanie takiego wniosku pozwolił wynik korelacji Spearmana ($r = -,02$, $N = 120$, $p > ,05$ dla płci psychologicznej męskiej; $r = ,01$, $N = 120$, $p > ,05$ dla płci psychologicznej kobiecej). Słuszne okazało się natomiast założenie, że tendencje bigorektyczne trenujących kobiet pozostają w związku z obrazem ich ciała (por. tabela 3).

Tabela 3. Tendencje bigorektyczne a obraz własnego ciała ($N = 120$)

	<i>Rho-Spearman</i>	$T(N-2)$	p	N
Zachowania bigorektyczne	-,33*	-3,77	,001	120

* $p < ,001$; ** $p < ,05$; *** $p > ,05$; N – liczba badanych osób.

Źródło: wyniki badań własnych.

Korelacja ta jest ujemna, o umiarkowanej sile, co oznacza, że im mniejsze zadowolenie z własnego ciała, tym większe natężenie tendencji bigorektycznych. Sprawdzono ponadto, czy określona płeć psychologiczna ma związek z obrazem własnego ciała (tabela 4).

Tabela 4. Płeć psychologiczna a obraz własnego ciała ($N = 120$)

	<i>Rho-Spearman</i>	$T(N-2)$	Spearman	$T(n-2) p$
Męska	,19**	2,08	,04	,19**
Kobieca	-,13***	-1,37	,17	-,13***

* $p < ,001$; ** $p < ,05$; *** $p > ,05$; N – liczba badanych osób.

Źródło: wyniki badań własnych.

Udowodniono, iż w badanej próbie młodych kobiet męska płeć psychologiczna koreluje w sposób statystycznie istotny z obrazem własnego ciała. Korelacja jest dodatnia, zatem wraz z wyższym natężeniem cech męskich z pewnym prawdopodobieństwem może pojawić się bardziej pozytywny obraz własnego ciała. Natomiast nie stwierdzono, aby kobieca płeć psychologiczna w sposób istotny statystycznie korelowała z obrazem własnego ciała w badanej próbie ($r = -,13$, $N = 120$, $p > ,05$).

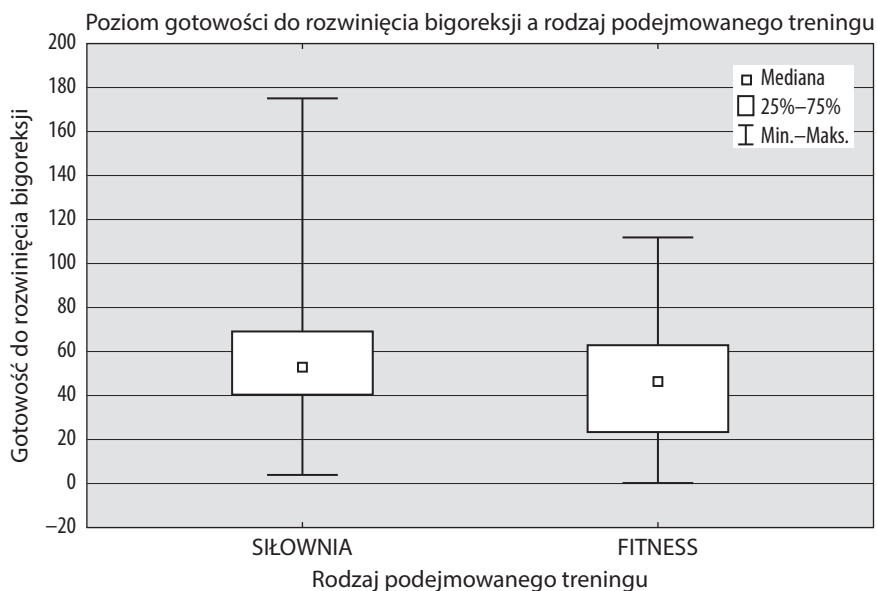
Oczekiwano także, że z uwagi na płeć psychologiczną badane kobiety różnić się będą poziomem tendencji bigorektycznych. Przewidywanie to okazało się niesłuszne, co potwierdził test *U* Manna-Whitneya ($Z = 1,07$, $N = 120$, $p > ,05$ dla płci psychologicznej męskiej oraz $Z = ,81$, $N = 120$, $p > ,05$ dla płci psychologicznej kobiecej). Sprawdzono również, czy kobiety różniące się obrazem własnego ciała przejawiają zróżnicowane natężenie tendencji bigorektycznych; i w tym przypadku nie dowiedziono słuszności wstępnego przewidywania ($Z = ,18$, $N = 120$, $p > ,05$).

Jedno z istotnych oczekiwań autorek dotyczyło zróżnicowania kobiet w zakresie wyróżnionych zmiennych z uwagi na rodzaj treningu: siłowy *vs.* *fitness* (tabela 5 i rycina 1).

Tabela 5. Różnice między rodzajem aktywności fizycznej a określoną płcią psychologiczną, tendencjami bigorektycznymi i obrazem własnego ciała (N = 120)

	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>N</i>
PŁEĆ PSYCHOLOGICZNA				
Męska	1502,00***	1,56	,19	120
Kobieca	1728,00***	-,38	,71	120
TENDENCJE BIGOREKTYCZNE				
	1398,00***	2,11	,04	120
OBRAZ WŁASNEGO CIAŁA				
	1687,00***	,59	,55	120

* $p < ,001$; ** $p < ,05$; *** $p > ,05$; *N* – liczba badanych osób; *Z* – test *U* Manna-Whitneya.
 Źródło: wyniki badań własnych.



Rycina 1. Rodzaj treningu a występowanie zachowań bigorektycznych (N = 120)
 Źródło: wyniki badań własnych.

Dowodzono, iż kobiety uprawiające wskazane formy treningu nie różnią się w zakresie płci psychologicznej oraz obrazu własnego ciała, natomiast różnią się nasileniem tendencji bigorektycznych; osoby trenujące siłowo charakteryzują się większym poziomem zachowań bigorektycznych niż te, które uprawiają *fitness*.

Dyskusja i wnioski

Wyniki dokumentują, że większość respondentek, w tym trenujących siłowo, stosuje suplementy diety: odżywki białkowe, witaminy, kreatynę i magnez, tymczasem – jak udokumentowali inni badacze – rozpowszechnienie sięgania po preparaty wspomagające wiąże się z podwyższoną tendencją do ujawniania tendencji bigorektycznych (Burzyński, 2014; Dymkowska-Malesa i in., 2016; Ponder, Włodarek, Krusiec, 2016). Dowiedzono ponadto, iż aktywność sportowa kobiet, podobnie jak normatywny wskaźnik BMI, mogą mieć korzystny wpływ na ich zadowolenie z własnego ciała. Wniosek ten pozostaje w zgodzie z obserwacjami innych badaczy (Schier, 2009; Kościuk i in., 2014; Ziemianek i in., 2015). Wykazano także, iż zarówno u kobiet uprawiających trening siłowy, jak i uprawiających *fitness* dominuje androgyniczny bądź męski typ płci psychologicznej, co potwierdzają dotychczasowe dane empiryczne (Burdzicka-Wołowik, 2012; Soroka, Bergier, 2011).

W badaniach własnych wykazano także, że „męskie kobiety” deklarują większe zadowolenie z własnego ciała. Tymczasem przegląd literatury wskazuje, że – jak dotąd – nie prowadzono prac badawczych w zakresie zweryfikowania takiego związku. Z doniesień innych autorów (Kaschak, 2001; Głębocka, Kulbat, 2005) wynika jednak, iż kobiety o wiele częściej porównują swój wygląd z wyglądem koleżanek, co często powoduje u nich obniżenie samooceny i zadowolenia z sylwetki. Są też bardziej podatne na oddziaływanie przekazów medialnych dotyczących ideału ciała niż mężczyźni oraz przywiązują większą wagę do własnego wizerunku zewnętrznego (Fardouly, Vartanian, 2016). Być może zatem kobiety charakteryzujące się większym nasileniem cech męskich ujawniają mniejszy krytycyzm/ większy dystans wobec własnego wyglądu, co spostrzec można jako czynnik ochronny.

Wypada jednak nadmienić, iż w świetle wyników badań własnych, kobiety różniące się między sobą obrazem własnego ciała nie różnią się stopniem tendencji bigorektycznych. Inni badacze (Murray i in., 2012; Kluczyńska, 2014; Doiczman i in., 2016) dowiedli natomiast, że rozwijanie symptomów dysmorfii mięśniowej wywodzi się m.in. z braku zadowolenia z budowy swego ciała. Ich zdaniem, im niższe zadowolenie, tym większa skłonność do ujawniania tendencji bigorektycznych. Wskazane różnice mogą wnikać stąd, iż w badaniach własnych u większości kobiet odnotowano zbliżoną (przeciętną bądź wysoką) ocenę własnego ciała, przez co być może poziom tendencji bigorektycznych w próbie pozostaje na podobnym poziomie.

Ponadto potwierdzenie znalazła teza podzielana przez innych badaczy (Kluczyńska, 2014; Mącik, Kowalska-Dąbrowska, 2015; Paszkiewicz, 2016) na temat ujawniania większego natężenia tendencji bigorektycznych u kobiet trenujących siłowo niż u kobiet uprawiających *fitness*. Prawdopodobnie wynika to stąd, że ćwiczenia siłowe są najefektywniejszą formą aktywności fizycznej, która przybliży osobę ćwiczącą do uzyskania wymarzonej sylwetki, poprzez szybkie zwiększenie swojej muskulatury i kondycji.

Nie odnotowano natomiast związku między rodzajem treningu a obrazem własnego ciała, co pozostaje w opozycji do wniosków innych autorów (Garstka, 2000; Prichard, Tiggemann, 2008). Wskazują oni m.in., że treningi o charakterze *cardio* istotnie korelują ze zwiększonym poziomem samouprzedmiotowienia i negatywną oceną swojej sylwetki w przeciwieństwie do aktywności siłowej. Podsumowując, zasadne wydaje się stwierdzenie, iż jakkolwiek aktywność fizyczna pełni wiele ważnych funkcji w rozwoju człowieka, to osoby intensywnie ćwiczące, zwłaszcza trenujące siłowo – bez względu na płeć, znajdują się w grupie zagrożonej wystąpieniem tendencji bigorektycznych. Jednocześnie wydaje się, iż zapobieganiu rozwojowi kompleksu Adonisa sprzyjać może edukacja osób uprawiających sport w zakresie zaburzeń odżywiania oraz spostrzegania schematu własnego ciała, wspieranie ich w formowaniu pozytywnego obrazu siebie i stabilnej, pozytywnej samooceny. Ponadto warto już w populacji wieku rozwojowego wskazywać młodym osobom, iż formowanie własnej tożsamości nie polega wyłącznie na rozwoju tożsamości ciała, ale także podmiotowej oraz społecznej, a także uczyć je krytycyzmu wobec przekazów medialnych.

Literatura cytowana

- Arcimowicz, K. (2013). Dyskursy o płci w polskich telesagach. Analiza seriali obyczajowych najpopularniejszych na początku XXI wieku. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Ata, R., Ludden, A., Lally, M. (2007). The Effect of Gender and Family, Friends and Media Influences on Eating Behaviors and Body Image during Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(8), 1024–1037.
- Bojkowski, Ł. (2013). Płeć psychologiczna osób biorących udział w aktywności sportowej. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 1(31), 52–56.
- Brytek-Matera, A. (2008). *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin.
- Brytek-Matera, A., Charzyńska, E. (2009). Związek pomiędzy niezadowolaniem z ciała i zmiennymi psychospołecznymi współwystępującymi z zaburzeniami odżywiania. *Roczniki Psychologiczne*, 12(2), 129–150.
- Burdzicka-Wołowik, J. (2012). Psychological gender of women taking up typically masculine sports activity. *Biomedical Human Kinetics*, 4, 24–28.

- Burzyński, J. (2014). *Bigoreksja*. Pobrane z: <http://nowewyrazy.uw.edu.pl/esej/wg-tytulu/bigoreksja.html> [dostęp 10.06.2019].
- Chandler, C., Grieve, F., Derryberry, W., Pegg, P. (2009). Are Anxiety and Obsessive-Compulsive Symptoms Related to Muscle Dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 8, 143–154.
- Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*. III Edition. Revision. DSM III-R (1987). Washington: American Psychiatric Association.
- Doiczman, M., Dutkiewicz, A., Perz, W., Pilarczyk, K., Sobańska, A., Tomczak, M. (2016). Bigoreksja. *Remedium*, 3(275), 22–24.
- Dymkowska-Malesa, M., Swora-Cynar, E., Grzymisławska, M., Grzymisławski, M. (2016). Ocena żywienia i suplementacji piłkarek ręcznych klubu PGNiG Superligi Kobiet Energa AZS Koszalin. *Medycyna Sportowa*, 4(4), 241–250.
- Fardouly, J., Vartanian, L.R. (2016). Social media and body image concerns: Current research and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 9, 1–5.
- Garstka, K. (2000). Wpływ uprawiania gimnastyki rekreacyjnej przez kobiety w średnim wieku na percepcje obrazu własnego ciała. *Wychowanie Fizyczne i Sport*, 4, 55–62.
- Głębocka, A. (2010). *Niezadowolone z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Głębocka, A., Kulbat, J. (2005). Czym jest wizerunek ciała? W: A. Głębocka, J. Kulbat (red.), *Wizerunek ciała. Portret Polek* (s. 9–28). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Habrat, B. (red.), (2016). *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane natogi behawioralne*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Hoyt, W., Kogan, L. (2001). Satisfaction with Body Image and Peer Relationships for Males and Females in a College Environment. *Sex Roles*, 45(3), 199–215.
- ICD–11 (2018). Pobrane z: <https://icd.who.int/dev11/l-en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f731724655> [dostęp 10.06.2019].
- Kaschak, E. (2001). *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kluczyńska, U. (2014). Bigoreksja, czyli kłopoty mężczyzn z ciałem. *Ars Educandi*, 11, 97–108.
- Kościuk, U., Krajewska-Kulak, E., Tołłoczko, H., Paszko-Patej, G. (2014). Percepcja obrazu własnego ciała i motywacja do ćwiczeń wśród uczestniczek Magic-Gym. *Hygeia Public Health*, 49(4), 870–878.
- Kropiwnicki, P., Rabe-Jabłońska, J. (2005). Dysmorfia mięśniowa – wariant dysmorfofobii? Badania nad zaburzeniami obrazu ciała u mężczyzn. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 5(1), 44–51.
- Kuczyńska, A. (1992). *Inwentarz do oceny płci psychologicznej*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Lipińska-Grobelny, A., Górczycka, K. (2011). Rekonstrukcja narzędzia do pomiaru płci psychologicznej. *Przegląd Psychologiczny*, 54(2), 179–192.

- Mącik, D., Kowalska-Dąbrowska, M. (2015). The risk of muscle dysmorphia and the perception of change in retrospective, current and ideal self-image preliminary study. *Health Psychology Report*, 3(1), 24–33.
- Michalska, A., Szejko, N., Jakubczyk, A., Wojnar, M. (2016). Niespecyficzne zaburzenia odżywiania się – subiektywny przegląd. *Psychiatria Polska*, 50(3), 297–507.
- Murray, S.B., Maguire, S., Russell, J., Touyz, S.W. (2012). The Emotional Regulatory Features of Bulimic Episodes and Compulsive Exercise in Muscle Dysmorphia: A Case Report. *European Journal of Eating Disorders*, 20, 68–73.
- Olivardia, R. (2001). Mirror, Mirror on the Wall, Who's the Largest of Them All? The Features and Phenomenology of Muscle Dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*, 9(5), 254–259.
- Paszkiewicz, A. (2016). Nowe oblicza uzależnień. *Scientific Bulletin of Chełm Section of Pedagogy*, 2, 119–138.
- Pawłowska, B., Stankiewicz, Z., Potembska, E. (2012). Właściwości psychometryczne Kwestionariusza do Badania Zaburzeń Odżywiania oraz Obrazu Własnego Ciała u Mężczyzn (KBZOM II). *Current Problems of Psychiatry*, 13(1), 18–24.
- Ponder, A., Włodarek, D., Krusiec, J. (2016). Ocena sposobu żywienia kobiet uczęszczających na zajęcia fitness. *Medycyna Sportowa*, 4(4), 231–239.
- Pope, H.G. Jr., Phillips, K.A., Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: How to identify, treat, and prevent body obsession in men and boys*. New York: Touchstone.
- Prichard, I., Tiggemann, M. (2008). Relations among exercise type, self-objectification, and body image in the fitness centre environment: The role of reasons for exercise. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 855–866.
- Sankowski, T. (2001). *Wybrane psychologiczne aspekty aktywności sportowej*. Poznań: Akademia Wychowania Fizycznej im. Eugeniusza Piaseckiego.
- Schiep, S., Szymańska, P. (2012). Obraz ciała, stres i samoregulacja u osób uprawiających fitness w wieku późnej adolescencji i wczesnej dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, 17(3), 97–113.
- Schier, K. (2009). *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Soroka, A., Bergier, J. (2011). Poczucie tożsamości płciowej kobiet uprawiających piłkę nożną z uwzględnieniem formacji. *Sport i Turystyka*, 1, 45–58.
- Starzomska, M., Kowalczyk, A. (2012). Płeć psychologiczna sportowców w świetle wyników badań własnych. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 12(4), 127–139.
- Striegel-Moore, R.H., Kearney-Cooke, A. (1994). Exploring parents' attitudes and behaviors about their children's physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4), 377–385.
- Tod, D., Edwards, C., Cranswick, I. (2016). Muscle dysmorphia: Current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 179–188.
- Vartanian, L. (2016). Social Media and Body Image Concerns: Current Research and Future Directions. *Current Opinion in Psychology*, 9, 1–5.

Ziemiańek, P., Jendrysik, K., Horodecki, M., Knapik, A. (2015). Poczucie własnej wartości oraz wartości własnego ciała u osób ćwiczących regularnie na siłowni – wyniki badań pilotażowych. *Quality in Sport*, 1(3), 61–69.

Streszczenie. Tendencje bigorektyczne widoczne są coraz częściej nie tylko w populacji mężczyzn, ale także młodych kobiet. Celem badań było ustalenie związku między skłonnością do rozwinięcia bigoreksji u kobiet trenujących siłowo a ich płcią psychologiczną i obrazem własnego ciała. Do pomiaru kluczowych zmiennych wykorzystano *Inwentarz do Oceny Płci Psychologicznej* Alicji Kuczyńskiej, *Skalę Zadowolenia z Poszczególnych Części i Parametrów Ciała* Alicji Głębockiej oraz *Kwestionariusz do Badania Zaburzeń Odżywiania oraz Obrazu Własnego Ciała u Mężczyzn* (KBZOM II) Beaty Pawłowskiej, Zofii Stankiewicz i Emilii Potembskiej. Grupę właściwą stanowiło 60 kobiet w stadium wczesnej dorosłości trenujących siłowo, a grupę kontrolną 60 kobiet w stadium wczesnej dorosłości trenujących sporty estetyczne (tu: *fitness*). Wykazano, że w grupie kobiet trenujących siłowo występuje: 1) istotnie większa tendencja do rozwijania bigoreksji niż u kobiet trenujących *fitness*; 2) częstsze występowanie płci psychologicznej o charakterze androgynicznym. Ponadto udowodniono, że tendencje do bigoreksji pozostają w związku ze stosunkiem badanych do własnego ciała.

Słowa kluczowe: bigoreksja, obraz ciała, płć psychologiczna, wczesna dorosłość, kobiety, sporty siłowe i estetyczne

Data wpłynięcia: 8.10.2019

Data wpłynięcia po poprawkach: 10.09.2021

Data zatwierdzenia tekstu do druku: 15.09.2021