

Agnieszka Lelek, Barbara Bętkowska-Korpała

**DOŚWIADCZANIE WŁASNEGO CIAŁA U KOBIET Z SYNDROMEM  
DOROSŁEGO DZIECKA ALKOHOLIKA (DDA)  
— DONIESIENIE Z BADAŃ**

**BODY IMAGE ISSUES AMONG FEMALE ADULT CHILDREN OF ALCOHOLICS (ACOAs)  
— RESEARCH REPORT**

Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii UJ  
Kierownik: prof. dr hab. Józef Krzysztof Gierowski

*Autorki w swoim artykule przedstawiają wyniki badań, zrealizowanych na grupie kobiet z syndromem DDA, z zastosowaniem kwestionariusza „Ja cielesne” w oprac. Beaty Mikuckiej i ustrukturywanego wywiadu. Celem badania była analiza sposobu doświadczania własnego ciała przez kobiety, które zgłosiły się do NZOZ Krakowskiego Centrum Uzależnień w celu objęcia ich programem terapeutycznym. Wyniki przeprowadzonych analiz dostarczają cennych wskazówek dla postępowania terapeutycznego.*

**body self  
ACOAs**

**Summary**

**Background.** The aim was to examine body image among female Adult Children of Alcoholics (ACOAs).

**Method.** 43 female Adult Children of Alcoholics (average age: 26) had been chosen to participate in the study and they were examined with the Body Self Questionnaire by Mirucka. The control group consisted of 43 females (average age: 24.5) examined with an identical Questionnaire.

**Results.** Analyses showed visible differences in body image between those females examined with ACOAs syndrome and those of the control group with respect to the acceptance of one's body and experiencing intimacy. Two clusters have been displayed within the studied group, which point to non-homogenous body image experience among respondents.

**Conclusions.** In comparison to the control group, respondents with ACA syndrome have an inferior body image. Among those examined with ACA syndrome, 40% females have distorted body image with regard to acceptance of one's body, experience of intimate relations, disclosure of femininity and relation towards eating and body weight, experiencing physical intimacy. It is advisable to use self-experience through the body and body's perception and its role in emotional self-regulation during therapeutic work with ACA females.

**Wstęp**

Obraz ciała już w latach 30. był przedmiotem zainteresowań nie tylko psychologów, ale też neurologów i socjologów. Do dziś brak jest jednolitej teorii ze względu na różne założenia, wynikające z przyjętej perspektywy badawczej (najczęściej w paradygmacie poznawczo-behawioralnym i psychodynamicznym) oraz niejednoznacznej terminologii. W literaturze można zetknąć się z różnymi synonimami: obraz własnego ciała, ja cielesne,

schemat własnego ciała, doświadczanie własnego ciała. Mirucka [1] sugeruje, że terminy odnoszące się do „ja cielesnego” mogą przyjmować różne konotacje w zależności od wymiaru, wokół którego się koncentrują [1]. Pierwszy wymiar dotyczy podmiotowości, czyli doświadczania siebie w swoim ciele wraz ze swoją płciowością, a drugi — przedmiotowy — skupia się na wizerunku własnego ciała.

### 1. Ciało w psychodynamicznej koncepcji Kruegera

Współczesne psychodynamiczne rozumienie warunków rozwoju koncentruje się na body self (ja cielesne), które jest złożonym konstruktem teoretycznym. Jedną z najciekawszych i najlepiej opisanych jest koncepcja autorstwa Davida Kruegera [2], która podkreśla rolę procesu rozwoju body self jako integralnej części kształtowania się osobowości. Koncepcja ta jest uznawana również przez poznawczo-behawioralnych badaczy problematyki „ja cielesnego”, które ukształtowało się w kontekście relacji z innymi ważnymi osobami w dzieciństwie i w życiu dorosłym [3].

Według Kruegera body self stanowi umysłową reprezentację ciała zawierającą ocenę wyglądu zewnętrznego, sposób postrzegania przeżywanych emocji w związku ze swoim ciałem oraz myślenia o funkcjonowaniu i właściwościach swojej cielesności. Wyróżnia trzy wymiary body self — są to: body sensation (wrażenia cielesne), body functioning (funkcjonowanie ciała) i body image (percepcja ciała). Ciało jest strukturą fizyczną, namacalną. U osoby dobrze zintegrowanej osobowościowo jest zazwyczaj tłem dla doświadczania i integracji emocji w codziennym życiu, ale i punktem odniesienia. Metaforycznie body self jest czymś w rodzaju „wewnętrznego pejzażu” dla doświadczania siebie, innych i świata [2].

#### 1.1. Kształtowanie się obrazu własnego ciała

Według Kruegera w rozwoju body self można wyróżnić trzy fazy.

Pierwsza faza dotyczy wczesnego doświadczenia własnego ciała. Najwcześniejsze poczucie siebie samego wywołują wrażenia pochodzące z wnętrza ciała, szczególnie dzięki bodźcom prioproceptywnym. To właśnie bodźce dotykowe umożliwiają niemowlętom odróżnienie własnego ciała od otoczenia, a towarzyszący im klimat emocjonalny odgrywa niezwykle istotną rolę w procesie wczesnego rozwoju. Sensoryczno-motoryczne dostrojenie kontaktu pomiędzy matką a dzieckiem wpływa na tworzenie się właściwego „ja cielesnego” i stanowi bazę dla rozwijającego się poczucia tożsamości. Trafne odczytywanie, przez opiekunów, sygnałów płynących z ciała noworodka stanowi rodzaj empatycznego rezonansu i pozwala zapewnić mu fizyczne i psychiczne uspokojenie. Noworodki wymagają ogromnej koncentracji na sobie (a właściwie na swoim ciele i jego potrzebach), gdyż ich postrzeganie świata jest egocentryczne, rozumieją wszystko tylko w odniesieniu do siebie [2, 4, 5].

Druga faza związana jest z poczuciem zewnętrznych granic ciała i rozróżnianiem wewnętrznych stanów cielesnych. Ten poziom rozwoju zaczyna się, gdy dziecko ma kilka miesięcy, a kończy się w drugim roku życia. Charakteryzuje się rosnącym poczuciem realności poprzez odkrywanie granic swojego ciała i jego stanów wewnętrznych. Niemowlę zaczyna mieć poczucie odrębności od otaczającej rzeczywistości i nabiera poczucia

sprawstwa. W ten sposób tworzy się swoista „membrana” pomiędzy tym, gdzie kończy się ciało, a zaczyna świat zewnętrzny [2, 4, 5]. Aby stworzyć granice ciała, dziecko potrzebuje zewnętrznych punktów odniesienia w postaci dotykowych interakcji z rodzicami i ich zrozumienia dla jego cielesnych potrzeb. Gdy tak się dzieje, wewnętrzne doświadczenia dziecka stają się ujednoczone i korespondują z psychicznym funkcjonowaniem.

Trzecia faza dotyczy integracji obrazu własnego ciała. W ten sposób niemowlęta doświadczają swojej integralności i wkraczają na kolejny poziom rozwoju, podczas którego odkrywanie swojego ciała i siebie samego zaczyna łączyć się w spójną całość. Konsolidacja stabilnej i spójnej mentalnej reprezentacji ciała jest kluczowym zadaniem rozwojowym podczas tego okresu. W wieku 6–8 lat rozwijana jest zdolność do refleksji nad własnym doświadczeniem i zachowaniem, jak również umiejętność wyobrażenia sobie uczuć innych osób [2, 6]. Wiedza ta prowadzi do integracji odczuć własnego ciała, przyczyniając się znacząco do rozwoju umiejętności regulacji nastroju i napięcia oraz samokontroli. Aktywacja tych samoregulujących funkcji zależy od odpowiedzi rodziców na psychiczne stany dziecka i rozwój niezależności podczas rodzenia się przywiązania. Dzieci powinny nauczyć się wyrażania emocji; dzięki temu w przyszłości będą potrafiły je identyfikować i odróżniać od wrażeń płynących z ciała (desomatyzacja).

## 1.2. Zaburzenia w obrazie ciała

Obraz własnego ciała może być zaburzony poprzez wczesne traumatyczne doświadczenia związane z ciałem i naruszeniem jego integralności. Zaburzenia mogą dotyczyć nadmiernej koncentracji na objawach cielesnych lub unikaniu wrażeń płynących z ciała. Powstają w wyniku specyficznych interakcji pomiędzy dzieckiem a rodzicami.

Nadmierna stymulacja i kontrola związana jest z postawą zbyt opiekuńczych rodziców. Mogą oni blokować rozwój samodzielności i nabywania umiejętności realizowania własnych potrzeb. Zachowania rodzica charakteryzują się wówczas zbyt wysoką kontrolą i nadmiernymi żądaniem przystosowania się do potrzeb rodziców. Ciało jest tu postrzegane jako małe, aseksualne, nie odróżniające się od obrazu ciała rodzica. Przykładem mogą tu być osoby z rozpoznaniem anoreksji, które odczuwają swoje ciało jako odseparowane i łatwe do naruszenia. Muszą więc chronić własną jedność, między innymi próbując przejąć całkowitą kontrolę nad ciałem poprzez: ćwiczenia, odmowę jedzenia, kompulsywne ważenie się, sprawianie sobie bólu, a nawet samouszkodzenia. Te zachowania są wynikiem potrzeby kompensacji braku prawidłowo rozwiniętego obrazu własnego ciała w postaci stymulacji sensorycznej. Taka stymulacja ciała zapewniająca przejęcie kontroli nad nim, szczególnie w sytuacjach stresowych, jest sposobem regulacji napięcia i emocji oraz umocnieniem granic swojego ciała [4].

Z kolei brak empatycznych relacji pomiędzy dzieckiem a rodzicami rozwija się w warunkach, gdy rodzice nie są zdolni do adekwatnej odpowiedzi na uczucia i potrzeby dziecka lub je zaniedbują. Kiedy granice ciała nie są w sposób ciągły lub właściwy umacniane przez troskę, dotyk, ochronę i stabilną empatyczną relację, niemowlę nie jest w stanie wytworzyć odpowiedniej świadomości zmysłowej i właściwych granic ciała. W późniejszym okresie życia ciało odczuwane jest jako niekompletne, zniekształcone, co powoduje, że doświadczanie go staje się zaburzone, a jego granice odczuwane są jako rozlane i bezkształtne. Osoby

z rozpoznaniem bulimii, chronicznej depresji lub o osobowości borderline najczęściej mają zaburzony obraz ciała i jego granic [2]. U osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi obraz własnego ciała potrafi zmieniać się kilkanaście razy dziennie w zależności od nastroju i sytuacji. W grupie tej często obserwuje się zachowania impulsywne lub prowadzące do zachowań ryzykownych i uzależnień. Wewnętrzne stany ciała mogą być stymulowane przez głodowanie, wymioty, nadmierne picie alkoholu, używanie środków rozwalniających lub leków moczopędnych, kompulsywne zachowania seksualne, jak również intensywne ćwiczenia i różne bodźce dotykowe (kłucie, bicie, podpalanie, raniecie się) i inne [4].

W wyniku wybiórczego, nieadekwatnego sposobu odpowiadania rodziców na potrzeby emocjonalne dziecka kształtuje się u niego tendencja do selektywnego, niezintegrowanego przeżywania siebie i swojej cielesności. Na przykład matka może ignorować uczuciowe i kinestetyczne bodźce, a zaspokajać te związane z potrzebami fizycznymi i bólowymi. Uczy to dziecko organizowania swojego doświadczenia wokół bólu i choroby w celu uzyskania uwagi otoczenia oraz doznań emocjonalnych i sensorywnych. Taki wzorzec reagowania utrwała się w osobowości dziecka, w rezultacie predysponując do psychosomatycznej ekspresji. Objawy psychosomatyczne mają tutaj funkcje zarówno kreowania świadomości ciała, jak i obronną, polegającą na mechanizmie regulacji emocji poprzez ekspresję ciała. Osoby takie, choć mają świadomość własnego ciała i zdolność przeżywania uczuć, doświadczają trudności z odróżnieniem emocji od wrażenia płynącego z ciała, a w razie problemu emocjonalnego — tendencje kierowania uwagi na procesy zachodzące w ciele [2].

## 2. Osoby z syndromem DDA

Dzieciństwo i dorastanie w rodzinie z problemem alkoholowym często stwarza warunki nieprawidłowego rozwoju osobowości dziecka. Uzależnienie od alkoholu jednego lub obojga rodziców stanowi ryzyko poważnych zaniedbań wychowawczych, nadużyć i przemocy w rodzinie. U części osób wychowywanych w tych rodzinach obserwuje się charakterystyczny, utrwalony sposób funkcjonowania, który został opisany i nazwany syndromem Dorosłego Dziecka Alkoholika (DDA). Problemy osób z syndromem DDA wiążą się z różnorodnością warunków biopsychospołecznych wpływających na rozwój. Sobolewska i Gašior [7] opisali 5 ważnych czynników, które mają znaczenie dla powstania tego syndromu: poczucie odrzucenia przez rodziców, niestabilność sytuacji rodzinnej w życiu codziennym i nieprzewidywalność zdarzeń, brak jednoznacznego systemu wartości, doznawanie przemocy psychicznej, fizycznej oraz ekonomicznej, a także doświadczanie nadużyć seksualnych. Wszystkie te czynniki mają negatywne znaczenie dla prawidłowego rozwoju. Ich obecność może prowadzić do zaburzeń osobowości, a więc zaburzonego „ja cielesnego”, także — w perspektywie — braku akceptacji własnej cielesności, odcinania się od potrzeb seksualnych.

Z praktyki klinicznej wynika, że coraz więcej osób z rodzin alkoholowych jest świadoma swoich trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym. Nie jest rozstrzygnięty problem, czy trudności psychologiczne osób z syndromem DDA są wyjątkowe i specyficzne [8]. Często przyczyną zgłoszenia się po pomoc psychologiczną są problemy w relacjach interpersonalnych, kryzys psychologiczny lub pojawiające się cierpienie psychiczne. Oprócz zaburzeń adaptacyjnych, obserwuje się u nich objawy psychopatologiczne o różnym stopniu nasilenia w całej rozciągłości — od nerwicowych do psychotycznych [9, 10, 11].

Nierzadko osoby z rozpoznaniem syndromu DDA zgłaszają problem dotyczący przeżywania własnej cielesności. Pierwsze obserwacje z pracy diagnostyczno-terapeutycznej dotyczącej „ja cielesnego” wydają się interesujące, ale wymagają weryfikacji empirycznej i dalszych analiz. Stąd też celem niniejszego artykułu jest analiza „ja cielesnego” u kobiet z rozpoznaniem syndromu DDA.

### 3. Badania własne

Celem badania była ocena sposobu doświadczania własnego ciała przez kobiety z rozpoznaniem syndromu DDA. W badaniu wzięło udział 61 kobiet (średnia wieku 26,4 roku), (przedział wieku: od 19 do 39 lat), które zgłosiły się do Krakowskiego Centrum Terapii Uzależnień w 2007 roku prosząc o objęcie ich programem terapeutycznym. Warunkiem kwalifikacji do badania było rozpoznanie syndromu DDA oraz zgoda pacjentki. Grupę kontrolną stanowiły 43 kobiety (śr. wieku 24,5 roku), pochodzące z różnych środowisk. Wykluczono 4 osoby, które w wywiadzie ujawniły, iż w rodzinie pochodzenia nadużywano alkoholu. Założeniem badania w grupie kontrolnej była anonimowość. W badaniach stosowano kwestionariusz „ja cielesnego” w opracowaniu Beaty Miruckiej [1] oraz przeprowadzono strukturalizowany wywiad.

Główne założenie kwestionariusza „ja cielesnego” dotyczy sposobu doświadczania siebie w swoim ciele w związku ze swoją płciowością. Nie jest to tylko samoopis, ocena czy percepcja własnego ciała (body percept), ale także uczucia, jakie osoba ma wobec swojej cielesności (body concept), czyli takie rozumienie „ja cielesnego”, które jest spójne z koncepcją Kruegera [2]. Kwestionariusz zawiera 41 itemów przyporządkowanych 4 skalom. Pierwsza skala — A — akceptacji cielesności, pozwala na ustalenie stopnia zadowolenia ze swojego wyglądu zewnętrznego i swojej sylwetki oraz na zintegrowanie cielesności z poczuciem tożsamości. Druga skala — M — przeżywanie intymności z osobami płci przeciwnej, określa sposób przeżywania siebie w relacji z mężczyznami, szczególnie, kiedy przybiera ona charakter intymnego kontaktu angażującego cielesność. Kolejna skala — K — eksponowanie kobiecości, dotyczy akceptacji i podkreślania swojej płciowości (m.in. pozwala określić, w jakim stopniu fakt bycia kobietą stanowi źródło pozytywnych doświadczeń). Ostatnia skala — E — stosunek do jedzenia i wagi ciała, opisuje zachowania związane z przyjmowaniem pokarmów oraz utrzymaniem wagi ciała na odpowiednim poziomie. Im wyższe wartości w skalach, tym bardziej stabilny i akceptowany obraz własnego ciała.

Właściwości psychometryczne tej metody są zadowalające, gdyż kwestionariusz odznacza się wysoką rzetelnością (alfa Cronbacha wynosi: dla całej skali 0,93, dla skali A — 0,89, dla skali M — 0,88, dla skali E — 0,83 i dla skali K — 0,74) oraz dość dobrą trafnością kryterialną, która dla całego kwestionariusza wynosi 0,723, a dla skali A — 0,78, dla skali M — 0,58, dla skali E — 0,43 i dla skali K — 0,29. Rzetelność połówkowa jest jednakowa i równa się 0,83 [1, 12].

### Wyniki

Analizę rozpoczniemy od przedstawienia grupy badanej. Dane z wywiadu wskazują, że 22 (52%) badane kobiety mają wykształcenie wyższe, 19 (45%) średnie, a wśród nich

14 (73%) uczy się nadal, 1 (3%) osoba ma wykształcenie zawodowe. Osobą uzależnioną od alkoholu w rodzinie generacyjnej u 33 (76%) osób był ojciec, a u 4 (9%) matka, u 6 (15%) oboje rodzice nadużywali alkoholu. 14 (33%) kobiet podaje, że okaleczyło się, a 18 (42%) doznawało przemocy fizycznej od rodziców. W badanej grupie 20 (48%) kobiet unika bliskich fizycznych kontaktów z większością ludzi, niezależnie od płci.

Wskaźnik BMI informuje, że tylko u 1 (3%) kobiety można rozpoznać otyłość, u 3 (6%) nadwagę, 8 (18%) kobiet ma wagę poniżej normy i 13 (30%) — na dolnej granicy normy, a aż 17 (39%) badanych „czuje się gruba”.

Wyniki badania parametrów opisujących doświadczanie własnego ciała u kobiet z syndromem DDA zaprezentowano w tabeli 1. Przedstawia ona średnie wartości oraz odchylenie standardowe dla poszczególnych skal.

Tabela 1. Porównanie parametrów obrazu własnego ciała pomiędzy osobami z syndromem DDA a grupą kontrolną (test ANOVA – RIR-Tukeya)

Zmienne	Grupa badana n = 43		Grupa kontrolna n = 43		p
	średnia (maks.-min.)	odchylenie standardowe	średnia (maks.-min.)	odchylenie standardowe	
skala A — akceptacja	49,5 (4–78)	18,0	60,1 (31–78)	11,6	0,002
skala K — kobiecość	20,6 (5–36)	8,2	22,7 (3–34)	7,6	0,23
skala E — jedzenie	40,4 (15–60)	13,4	39,9 (16–63)	12,3	0,86
skala M — intymność	44,4 (6–63)	13,7	56,7 (29–72)	10,0	0,0001

W tabeli 1 przedstawiono parametry obrazu własnego ciała w grupie badanej i kontrolnej. Analiza za pomocą testu ANOVA – rozsądnej istotnej różnicy RIR Tukeya dla równych liczebności, wskazuje na istotnie wyższe wyniki w grupie kontrolnej niż w badanej w aspekcie doświadczania własnego ciała w skali M ( $p = 0,0001$ ) oraz w skali A ( $p = 0,002$ ).

Ponieważ rozrzut wyników jest bardzo duży, w późniejszym etapie dokonana została analiza skupień, celem wyodrębnienia specyficznych podgrup wśród osób badanych. Ujawniła ona wewnętrzną niejednorodność w grupie w obszarze wyników uzyskanych w kwestionariuszu „ja cielesnego” i pozwoliła na wyodrębnienie dwóch profili.

Rysunek 1 przedstawia graficznie średnie profile dwóch skupień: skupienie 1 zawiera wyniki dla 26 osób (60%), a skupienie 2 — dla 17 (40%).

Wartości liczbowe uzyskane dla dwóch skupień zaprezentowane zostały w tabelach 2 i 3.

Analiza wskazała, że profile te różnią się w sposób bardzo istotny we wszystkich skalach kwestionariusza „ja cielesnego”. W 2. skupieniu 40% badanych kobiet uzyskało niższe wartości w skali dotyczącej akceptacji swojego ciała, przeżywania intymności w związkach oraz stosunku do wagi ciała i jedzenia w porównaniu z badanymi zgrupowanymi w 1. skupieniu.

Rys. 1 Średnie profile dla dwóch skupień

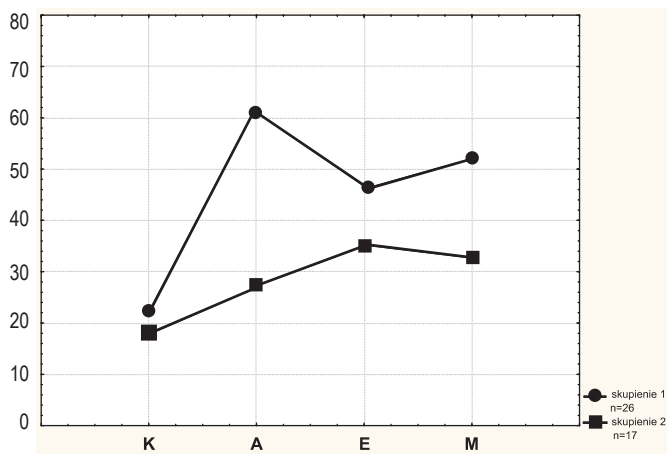


Tabela 2. Statystyka opisowa skupień

Zmienne	Skupienie 1 n = 26		Skupienie 2 n = 17	
	średnia	SD	średnia	SD
skala K — kobiecość	22,7	8,1	18,2	7,8
skala A — akceptacja	61,4	9,1	27,3	11,6
skala E — jedzenie	46,6	8,7	35,1	14,4
skala M — intymność	52,2	8,5	32,8	12,5

Tabela 3. Analiza wariancji zróżnicowania poszczególnych skupień pod względem nasilenia zmiennych

Zmienne	Między SS	df	Wewn. SS	df	Istotność	
					F	p
skala K — kobiecość	336,8	1	2080,8	40	6,6	0,01
skala A — akceptacja	10084,9	1	3905,2	40	103,3	0,000000
skala E — jedzenie	3147,9	1	4814,0	40	26,2	0,000008
skala M — intymność	3254,6	1	4233,3	40	30,8	0,000002

### Omówienie wyników

Należy stwierdzić, że kobiety, które zgłaszają się z prośbą o objęcie ich programem terapeutycznym w związku z trudnościami wynikającymi z dorastania w rodzinie z problemem alkoholowym mają gorszy obraz własnego ciała niż osoby w grupie kontrolnej. Można to zinterpretować, iż gorszy obraz własnego ciała jest specyficzny dla kobiet z syndromem DDA. Największe różnice ujawniły się w doświadczaniu intymności z osobą płci

przeciwnej oraz w akceptacji swojego ciała. Nie zauważono znaczących różnic w aspekcie eksponowania kobiecości oraz stosunku do jedzenia i wagi ciała w obu grupach. Dlatego też w zewnętrznych przejawach obrazu własnego ciała trudno jest uchwycić, iż osoby z syndromem DDA mogą mieć problemy z akceptacją ciała i ekspresją swojej cielesności w intymnej relacji.

Grupa osób z syndromem DDA nie jest grupą jednorodną pod względem sposobu doświadczania własnej cielesności. Analiza skupień jednoznacznie wskazała, że aż 40% kobiet w sposób istotnie gorszy doświadcza własnej cielesności we wszystkich wymiarach. Ich profil doświadczania własnego ciała jest prawie taki sam, jak u kobiet leczonych z powodu zaburzeń jedzenia: anoreksji i bulimii, wskazując na zaburzenie obrazu własnego ciała [12]. Przyczyn powstania takiego obrazu ciała należy upatrywać w warunkach dorastania, które sprzyjają powstaniu zaburzeń rozwojowych, także w obrębie doświadczania cielesności. Podstawowym problemem w rodzinach badanych kobiet był alkoholizm jednego lub obydwójga rodziców, w przeciwieństwie do grupy kontrolnej, a więc takie zachowania rodziców, jak: niereagowanie na potrzeby dziecka, niestabilność w relacjach dziecko – rodzic oraz nieprzewidywalność sytuacji rodzinnej.

Na uwagę zasługuje fakt zniekształconego postrzegania swojego ciała. W badanej grupie prawie 40% kobiet czuło się grubymi, a tylko 4 miały wagę powyżej normy. Taka percepcja swojego ciała, jego wagi może świadczyć o niespójności rzeczywistości z samopoczuciem i potrzebami płynącymi z ciała, np. odpoczynku, seksualnych, głodu. Osoby z zaburzonym doświadczeniem własnego ciała nie potrafią regulować swoich stanów emocjonalnych w adekwatny sposób [14]. W pracy klinicznej obserwuje się u tych pacjentek specyficzny sposób regulowania emocji. Samoregulacja może przyjmować formę unikania myślenia o własnej cielesności, racjonalnej akceptacji lub też podejmowania działań mających na celu poprawę własnego wizerunku za pomocą ćwiczeń, diety, nadmiernej koncentracji na swoim wyglądzie i zabiegach związanych z pielęgnacją ciała [5]. Traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa mogą prowadzić do zmian fizjologicznego odczuwania bólu i lęku, ambiwalencji do swojego ciała i poczucia oddzielenia „Ja” od ciała [13]. Riskind sugeruje, że zgodność przeżywanego emocji z ich ekspresją na poziomie ciała zwiększa efektywność człowieka w radzeniu sobie z sytuacją stresową, a także optymalizuje jego funkcjonowanie [15]. Ponadto, świadome doświadczanie „ja cielesnego”, a szczególnie jego akceptacja, pozwala na lepszy obraz siebie, a on z kolei jest elementem struktury osobowości pełniącym funkcje integracyjno-stabilizacyjne zapewniające trwałość i powtarzalność zachowań [14].

Jest to istotna informacja dla procesu diagnostyczno-terapeutycznego kobiet z rozpoznaniem syndromu DDA leczonych nie tylko w placówkach terapeutycznych dla członków rodzin pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych, ale również w innych poradniach zdrowia psychicznego. Oznacza to, że w programach psychoterapeutycznych powinno zwrócić się uwagę na akceptację sposobu doświadczania własnej cielesności a szczególnie funkcjonowania w intymnych relacjach. Celem terapii może być pomoc pacjentowi w rozwinięciu wewnętrznego punktu odniesienia przez właściwe rozpoznawanie i wyrażanie stanów emocjonalnych, według bowiem koncepcji Kruegera werbalizacja uczuć nie tylko dostarcza poczucia panowania nad nimi, ale — co ważniejsze — ułatwia właściwą percepcję ja cielesnego i syntezę poczucia siebie z doświadczeniem własnego ciała [2].



### Wnioski

1. Dzieciństwo i dorastanie w rodzinie z problemem alkoholowym ma znaczenie w procesie formowania się ja cielesnego.
2. Osoby z syndromem DDA, w porównaniu z grupą kontrolną, mają gorszy obraz własnego ciała.
3. W badanej grupie 40% kobiet miało zaburzony obraz własnego ciała uwidoczniający się w braku akceptacji własnego ciała, trudności w przeżywaniu intymności i ekspozowaniu własnej kobiecości, a także w nadmiernej kontroli wagi i jedzenia.
4. W pracy diagnostyczno-terapeutycznej z kobietami z syndromem DDA wskazana jest analiza doświadczania siebie poprzez ciało w aspektach: percepcji własnego ciała oraz jego roli w samoregulacji emocjonalnej.

### Piśmiennictwo

1. Mirucka B. Kwestionariusz Ja Cielesnego (Skala J-C). *Przegl. Psychol.* 2005; 48: 313–329.
2. Krueger D. *Body self and psychological self. A developmental and clinical integration of disorders of the self.* New York: Brunner Mazel; 2002.
3. Cash TF, Theriault J, Annis N. Body image in an interpersonal context: adult attachment, fear of intimacy, and social anxiety. *J. Soc. Clin. Psychol.* 2004; 23: 89–103.
4. Vasta R, Haith M, Miller S. *Psychologia dziecka.* Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1995.
5. Cash TF, Pruzinsky T. *Body image.* New York–London: The Guilford Press; 2004.
6. Ilg F, Ames L, Baker S. *Rozwój psychiczny dziecka od 0 do 10 lat.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
7. Sobolewska Z, Gąsior K. Psychoterapia DDA — podstawowe założenia. *Ter. Uzal. Współuzal.* 2003; 4: 19–21.
8. Harter SL. Psychosocial adjustment of adult children of alcoholic: a review of recent empirical literature. *Clin. Psychol. Rev.* 2000; 3: 311–337.
9. Bętkowska-Korpała B, Ryniak J. Profile osobowości w grupach pacjentów z syndromem DDA – badania własne. *Ter. Uzal. Współuzal.* 2007; 1–2: 21–25.
10. Nikodemka S. Funkcjonowanie psychospołeczne DDA przed i po terapii. *Ter. Uzal. Współuzal.* 2002; 6: 37–54.
11. Ślaski S. Dorosłe dzieci alkoholików oraz ich rodzice — aktualny stan badań. *Rocz. Psychol.* 2005; 2: 37–54.
12. Mirucka B. Przeżywania własnego ciała przez kobiety z bulimią psychiczną. *Roczn. Psychol.* 2006; 9: 81–102.
13. Zerbe K. Whose body is it anyway? Undertaking and treating psychosomatic aspects of eating disorders. *Bull. Menn. Clin.* 1993; 2: 161–177.
14. Kubacka-Jasiecka D. Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń Ja. *Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego;* 2006.
15. Doliński D. Mechanizmy wzbudzenia emocji. W: Strelau J, red. *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006, s. 319–349.

Mgr Agnieszka Lelek, Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii UJ  
30-501 Kraków, ul. Kopernika 21a  
tel./fax: 0-12-424-87-09, e-mail: agnieszka.lelek@gmail.com